



HAL
open science

Pronostics obstétrical et périnéal chez des patientes atteintes ou guéries de vestibulodynie vulvaire provoquée. Étude quantitative à partir d'une population de 158 patientes

Pauline Hemery

► **To cite this version:**

Pauline Hemery. Pronostics obstétrical et périnéal chez des patientes atteintes ou guéries de vestibulodynie vulvaire provoquée. Étude quantitative à partir d'une population de 158 patientes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03385415

HAL Id: dumas-03385415

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03385415>

Submitted on 19 Oct 2021

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.

Ecole de Maïeutique

**Pronostics obstétrical et périnéal chez des
patientes atteintes ou guéries de vestibulodynie
vulvaire provoquée
Étude quantitative à partir d'une population de 158 patientes**

Présenté et publiquement soutenu

Le 9 juin 2021

Par

HEMERY Pauline
Née le 08/04/1994

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2020/2021

Membres du jury (par ordre alphabétique) :

- Bautrant Eric, obstétricien directeur de mémoire
- Mateo Caroline, sage-femme enseignante
- Nina Cécile, sage-femme co-directrice de mémoire

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

Pronostics obstétrical et périnéal chez des patientes atteintes ou guéries de vestibulodynie vulvaire provoquée

Étude quantitative à partir d'une population de 158 patientes

HEMERY Pauline
Née le 08/04/1994

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

Année universitaire 2020-2021

Validation 1^{ère} session 2021 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2021 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

**PRONOSTICS OBSTÉTRICAL ET PÉRINÉAL
CHEZ DES PATIENTES ATTEINTES OU GUÉRIES
DE VESTIBULODYNIE VULVAIRE PROVOQUÉE
ÉTUDE QUANTITATIVE A PARTIR D'UNE POPULATION DE 158 PATIENTES**

Remerciements

Merci à Dr Baurant pour ce sujet de mémoire passionnant, à Cécile Nina pour son aide précieuse, ses conseils, ses relectures et ses encouragements.

Merci à mon compagnon qui m'a soutenu et aidé, et à ma fille qui m'a accompagnée dans cette aventure.

SOMMAIRE

Introduction	page 1
La vestibulodynie vulvaire provoquée	
Les troubles de la statique pelvienne	
Vestibulodynie vulvaire provoquée et troubles de la statique pelvienne	
Matériel et méthode	page 7
Résultats	page 11
Description de la population étudiée	
Modalités d'accouchements et pronostic obstétrical	
Vécu psychologique de la VDP	
Troubles de la statique pelvienne et prise en charge	
Analyse et discussion	page 17
Biais et limites de l'étude	
Description de la population étudiée	
Modalités d'accouchements et pronostic obstétrical	
Troubles de la statique pelvienne et prise en charge	
Conclusion de l'étude	page 22
Bibliographie	
Annexes	
Glossaire	
Liste des tableaux et figures	

INTRODUCTION

La vestibulodynie vulvaire provoquée (VDP) est une pathologie féminine qui touche entre 10 et 16% des femmes, et qui entraîne d'importantes douleurs vulvaires impactant la vie quotidienne des femmes atteintes. Plusieurs études ont établi, chez ces femmes, une altération du fonctionnement des muscles pelviens (1) (2). Cependant, aucune étude n'a encore été faite concernant le pronostic obstétrical et les troubles de la statique pelvienne (TSP) chez ces femmes.

Or, la dyspareunie provoquée par cette pathologie a un impact non négligeable sur le désir et la conception d'un enfant. De plus, la période de la grossesse est marquée par de nombreux changements hormonaux, la sollicitation accrue des muscles du périnée, un remaniement psychologique et émotionnel, un suivi médical régulier, des examens vaginaux fréquents ... Cette période soulève donc chez ces femmes de nombreux questionnements quant à la répercussion de la grossesse et l'accouchement sur la VDP et, inversement de la VDP sur la grossesse et l'accouchement.

La grossesse et l'accouchement sont des événements marquants dans la vie d'une femme, et les sages-femmes ont un rôle primordial d'accompagnement, d'autant plus lorsqu'une pathologie de ce type est présente.

Cette étude propose de s'intéresser à l'influence que la VDP peut avoir sur cette période prénatale et périnatale sur les plans obstétrical, psychologique et gynécologique.

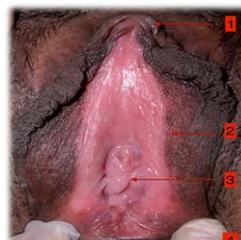
Dans cette introduction est défini dans un premier temps la VDP, son mécanisme physiopathologique, et les traitements utilisés pour la prendre en charge. Dans un second temps sont définis les TSP, le mécanisme physiopathologique, les facteurs de risques et les traitements utilisés pour les prendre en charge. Puis une dernière partie est consacrée à la VDP et les TSP.

La vestibulodynie vulvaire provoquée

La Vestibulodynie vulvaire provoquée (VDP), aussi appelée vulvodynie vulvaire, était anciennement connue sous le nom de « vestibulite vulvaire » ou « vulvodynie dysesthésique ou essentielle ».

C'est une douleur vulvaire persistante pendant au moins 3 mois et dont l'origine n'a pas été liée à une autre pathologie vulvaire (3).

Elle est située en regard du vestibule vulvaire qui est particulièrement riche en terminaisons nerveuses et est essentiellement déclenchée par le contact, le rapport sexuel, l'examen gynécologique, l'introduction du tampon, mais aucune lésion vulvaire spécifique n'est présente à l'examen clinique (4).



Le vestibule vulvaire est délimité par :

- 1: le clitoris
- 2: la ligne de Hart
- 3: l'orifice vaginal et l'hymen
- 4: la fourchette

Son principal mode d'expression est la sensation de brûlure au contact, provoquant une dyspareunie orificielle d'intromission (5).

La terminologie et la classification généralement admises sont celles créés par l'ISSVD en 2003 : VDP généralisée (provoquée, non provoquée ou mixte) et VDP localisée (provoquée, non provoquée ou mixte) (5)(6).

En Europe, la prévalence de la VDP est évaluée entre 10 et 16% des femmes et représente 72,6% de l'ensemble des douleurs vulvaires. Cette pathologie touche les femmes de tous âges avec un pic de fréquence entre 20 et 29 ans, période la plus propice à la conception (29%) (4).

Les causes et mécanismes de cette pathologie sont encore à l'étude. Cependant, l'ensemble des experts s'accorde à expliquer la VDP par une hyperalgésie avec sensibilisation du système nociceptif périphérique et central induisant des douleurs chroniques au niveau du vestibule vulvaire, celui-ci n'ayant aucune lésion tissulaire.

Ces phénomènes d'hyperalgésie s'associent à des modifications neuro-inflammatoires importantes du vestibule vulvaire avec notamment une activation mastocytaire adjacente aux terminaisons nerveuses (7) (8).

Cette hyperalgésie entraîne également des dysfonctions périnéales incluant une tendance hypertonique marquée, une diminution des mécanismes de flexibilité des capacités de relaxation musculaire et de la puissance musculaire.

L'association fréquente de pathologies telles que les syndromes d'hyper-sensibilité vésicale, de l'intestin irritable, de dysménorrhées, peut-être expliquée

par l'aggravation des mécanismes d'hypersensibilisation pelvienne (9). L'association de la VDP à une ou plusieurs pathologies telles que l'adénomyose, l'endométriose, les névralgies et l'hypersensibilité pelvienne constitue un critère de sévérité.

De nombreux facteurs déclenchants d'hyperalgésie du vestibule vulvaire ont été identifiés, dont :

- Les infections répétées chez la femme jeune (candidoses, HPV)
- Les traumatismes de l'accouchement
- Les modifications hormonales sévères de la ménopause
- Le lichen scléro-atrophique post-ménopausique
- Les troubles affectifs, relationnels ou traumatismes sexuels entraînant une augmentation du seuil de sensibilité centrale (4).

De plus, plusieurs études ont montré qu'il existe une susceptibilité génétique à la douleur et à l'inflammation chez les patientes atteintes de VDP expliquant les nombreuses situations de cas familiaux (10).

Face à la prévalence importante de cette pathologie, plusieurs traitements ont été mis en place ces dernières années.

Les traitements de première ligne incluent les crèmes anesthésiques locales à base de xylocaïne (2-10%), des antidépresseurs à faible dose, la rééducation périnéale, et les thérapies cognitivo-comportementales.

En cas d'échec des traitements de première ligne, différents traitements de seconde ligne sont proposés, dont certains sont encore à l'étude :

- Les infiltrations d'anesthésiques locaux, corticoïdes ou acide hyaluronique dans le vestibule vulvaire
- Les injections de Toxine Botulinique
- La stimulation nerveuse transcutanée électrique (TENS)
- Le Laser CO2
- Les Técarthérapies et photothérapies par les lampes Led
- Le Lipofilling : injection de facteurs de croissance prélevés dans la graisse dans le vestibule
- L'infiltration du ganglion Impar
- La vestibulectomie : ablation totale ou partielle du vestibule vulvaire (4).

Les troubles de la statique pelvienne

Les troubles de la statique pelvienne (TSP) sont des désordres fonctionnels et/ou anatomiques, urinaires, gynécologiques ou digestifs, secondaires à une défaillance des organes pelviens.

Il existe une grande variété de définitions des troubles de la statique pelvienne, cependant il existe un consensus sur la terminologie commune internationale des TSP chez la femme (11). Ils regroupent les incontinences urinaire et anale, les dysfonctionnements de type dysurie, dyspareunie, dyschésie, et les prolapsus (12).

Pour comprendre la physiopathologie des TSP, il est important de revenir sur les bases de l'anatomie pelvienne. Le plancher pelvi assure la stabilité du pelvis, la continence et la coordination de la relaxation durant la miction et la défécation. Il est défini comme l'ensemble des structures musculo-aponévrotiques fermant en bas le petit bassin (ou pelvis).

La statique pelvienne est assurée par le plancher pelvien grâce à l'action conjointe de plusieurs systèmes (soutènement, suspension, angulation). Dans l'espèce humaine, le tronc étant dans l'axe vertical, le plancher pelvien est soumis à différentes contraintes telles que la gravité et la pression abdominale. Les TSP apparaissent lorsque l'équilibre anatomique et mécanique entre la pression abdominale et la force de résistance périnéale est rompu. Cette diminution de résistance du plancher pelvien résulte d'une altération du tissu de soutien conjonctif et musculaire, des lésions de dénervation liées à l'âge, aux grossesses, aux accouchements et à des facteurs génétiques (13).

Le facteur de risque majeur de TSP chez les femmes est l'accouchement, expliqué par les changements anatomiques, morphologiques, fonctionnels, et hormonaux des muscles pelviens pendant la grossesse (12). De plus lors de l'accouchement par voie basse, le plancher pelvien subit différents étirements pour permettre au fœtus de naître. C'est pourquoi pendant et après la grossesse les fonctions de continence urinaire et anale normalement assurées par le plancher pelvienne, commencent à se détériorer.

Le traitement de première intention recommandé par le CNGOF en cas de TSP repose sur la rééducation périnéale encadrée par un rééducateur. L'objectif est d'augmenter la force, l'endurance, la rapidité de contraction et la synchronisation des muscles du plancher pelvien.

La rééducation périnéale diminue de 20% la prévalence de l'incontinence urinaire un an après l'accouchement et permet également d'améliorer la continence anale (14).

De nombreuses études s'intéressent à l'épidémiologie des TSP chez les femmes et il existe une grande diversité de résultats, expliquée notamment par des différences de classifications, de méthodologies et de populations étudiées.

Après une revue de la littérature, quelques études ont été sélectionnées pour y confronter les résultats de ce travail. La prévalence des TSP chez les femmes dans la population générale est de 46%, de 5 à 10% pour les prolapsus et de 11 à 15% pour les incontinences anales (15).

En 2018, lors de la 5^{ème} édition de l'International Consultation on Incontinence, une revue de la littérature de 36 études en population générale venant de 17 pays, a mis en évidence que dans la plupart des études, la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes est de l'ordre de 25 % à 45 % (16).

L'incontinence urinaire en post-partum touche 33% des femmes (17).

Selon une autre étude, 30 à 50 % des femmes souffrent d'incontinence urinaire pendant la grossesse, et 5 à 10 % d'incontinence anale. En post-partum, ce taux diminue à 19% pour l'incontinence urinaire et reste identique pour l'incontinence anale (14).

La prévention des TSP de la femme est un objectif de santé publique (14) et afin de les prévenir, il est nécessaire que les professionnels médicaux sachent identifier les différents facteurs de risques (15) (annexe 1). Parmi eux, sont retrouvés l'âge, la grossesse, la parité, les facteurs héréditaires, l'hystérectomie, l'ethnie, les maladies neurologiques, l'obésité, le diabète et l'accouchement (facteur de risque majeur de TSP chez les femmes) (12).

De plus, les facteurs de risque de TSP connus chez les femmes ayant accouché sont : l'âge maternel de la première et de la dernière grossesse, la primiparité, la grande multiparité, la macrosomie, les dystocies des épaules, l'allongement de la 2^{ème} phase du travail, les variétés postérieures, la présentation de la face et du siège, les accouchements instrumentaux, les manœuvres obstétricales, l'obésité et les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degrés, et l'obésité (18) (19) (20) (12).

Vestibulodynie vulvaire provoquée et troubles de la statique pelvienne

Plusieurs études ont établi une altération du fonctionnement des muscles pelviens chez les femmes atteintes de VDP :

- Une étude Brésilienne a observé par évaluation électromyographique une fréquence plus élevée de dysfonctionnements des muscles pelviens chez des femmes atteintes de VDP (1)
- Une étude de 2010 a mis en évidence que les femmes atteintes de VDP ont un comportement altéré de leurs muscles périnéaux et plus spécialement des muscles superficiels (2).

Ces études démontrent de manière empirique un lien entre la VDP et un dysfonctionnement des muscles pelviens, mais aucune étude n'a recherché l'influence de la VDP sur les TSP. Plusieurs médecins et sages-femmes s'accordent à adapter leur prise en charge des TSP chez les femmes atteintes de VDP, puisque l'accouchement est un facteur de risque majeur de TSP, mais il n'existe pas de recommandations ou de protocoles obstétricaux quant à la prise en charge de ces patientes (21). Il semble donc intéressant de s'interroger sur le pronostic obstétrical et périnéal des femmes atteintes de VDP.

La question de recherche de l'étude menée est la suivante :

En quoi la VDP peut-elle avoir une influence sur le pronostic obstétrical des femmes atteintes ou guéries de VDP et sur les TSP chez les femmes ayant accouché ?

Les objectifs principaux de la recherche sont de :

Identifier le pronostic obstétrical des femmes atteintes ou guéries de VDP.

Identifier les troubles de la statique pelvienne chez les femmes atteintes ou guéries de VDP pendant la grossesse, le post-partum et à long terme.

Sous objectif :

Comparer les résultats entre les patientes atteintes ou guéries de VDP avec et sans critère de sévérité.

MATERIEL ET METHODE

Protocole de recherche

Afin de répondre aux objectifs de recherche cités précédemment, la démarche de cette recherche a été descriptive, quantitative. Elle a été réalisée dans le centre « l'Avancée » de la clinique "Axium" à Aix en Provence et consistait en un recueil rétrospectif des données grâce à un questionnaire semi-directif adressé aux patientes, atteintes ou ayant été traitées pour une VDP.

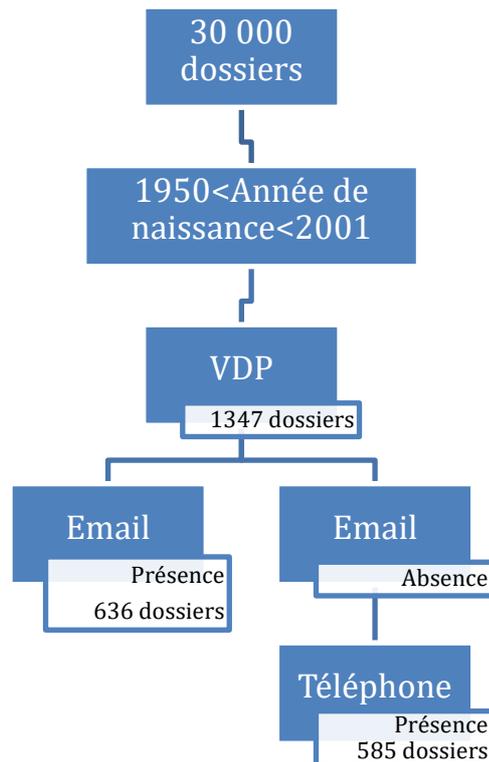
Ce questionnaire a été réalisé selon plusieurs axes :

- Le profil actuel de la personne interrogée
- Les caractéristiques de la VDP de la personne interrogée
- Les informations sur les grossesses et accouchements
- Les troubles éventuels de la statique pelvienne pendant la grossesse, en post-partum et actuels

Les étapes de cette recherche ont été multiples : dans un premier temps, il a fallu identifier les modalités d'accouchements et le pronostic obstétrical des femmes atteintes ou guéries de VDP puis confronter les résultats descriptifs avec la littérature. Dans un deuxième temps, furent identifiés les TSP chez les femmes atteintes ou guéries de VDP pendant la grossesse, le post-partum et à long terme puis confronter les résultats descriptifs avec les données de la littérature. Les résultats entre les patientes atteintes ou guéries de VDP avec et sans critère de sévérité ont été également comparés entre eux.

Population de l'étude

La population de l'étude a été sélectionnée parmi les 30 000 dossiers du logiciel « Medisite » du centre « l'Avancée » de la Clinique Axium d'Aix en Provence.



Les critères de sélection des dossiers des patientes ont été :

- La présence de VDP
- L'année de naissance comprise entre le 1^{er} janvier 1950¹ et le 1^{er} janvier 2001²
- La présence d'email ou de numéro de téléphone portable.

Au total 636 dossiers avec emails et 585 dossiers avec numéro de téléphone portable ont été sélectionnés.

Le recueil de données s'est effectué de Mars 2020 à Juillet 2020.

Recueil de données

Un questionnaire (cf. annexe 2) en ligne sur "Framaform" a été créé puis testé par 20 personnes hors population et 10 patientes, permettant plusieurs réajustements (reformulation, ajout de précision...).

¹ Chez les patientes nées avant 1950, la majorité des dossiers n'étaient pas remplis (absence d'email, de numéro de téléphone portable, de compte rendu de consultation ...)

² Chez les patientes nées après 2001, la majorité n'avait pas encore eu de grossesse

Afin d'augmenter le taux de participation et d'éviter que le mail d'envoi du questionnaire en ligne n'arrive dans les spams, une **campagne d'email** a été faite grâce à un programme codé. Ainsi, chaque email a été adressé de manière personnalisée à sa destinatrice et envoyé indépendamment des autres.

Les emails ont été envoyés depuis la boîte mail du secrétariat du centre « l'Avancée » : secretariat.ebautrant@hotmail.com.

De plus, un raccourci url a été créé pour faciliter le partage du questionnaire. Un 1^{er} email a été envoyé à 636 destinataires afin d'annoncer l'étude et de prévenir de l'arrivée du questionnaire. 23 adresses email sont revenues invalides. Le questionnaire a ensuite été envoyé aux 613 destinataires restants.

Pour joindre les patientes n'ayant pas renseigné leurs emails une **campagne SMS** a été faite via « Sendinblue » et à l'aide d'un code sur « API ». Ainsi 585 SMS ont été envoyés indépendamment les uns des autres et adressés de manière personnalisée à leur destinatrice sous l'expéditeur « Dr Bautrant ».

A l'issue de ces deux campagnes de transmission du questionnaire, 314 réponses ont été récupérées

Les réponses aux questionnaires ont été recueillies de manière anonyme grâce au logiciel « Framiforms ».

Sélection des patientes incluses à l'étude sur la base des réponses aux questionnaires

Les critères d'inclusion ont été :

- Les femmes ayant accouché
- Les femmes souffrant ou ayant souffert de VDP diagnostiquée.

Les critères de non-inclusion ont été :

- Les nullipares
- Les femmes ne souffrant ou n'ayant pas souffert de VDP.

Les critères d'exclusion ont été :

- Les femmes n'ayant pas accouché en France (trop de différences de prises en charge selon les pays)
- Les femmes ayant eu la VDP après tous leurs accouchements.

A la fin de cette sélection, 158 patientes ont été éligibles à l'étude.

Variables étudiées

Le questionnaire envoyé comportait des variables quantitatives et qualitatives :

- Variables qualitatives telles que : sexe, traitement mis en place pour la VDP, circonstances de déclenchement de la douleur, retentissement psychologique de la VDP, évolution et pathologies associées à la VDP, circonstances et types d'accouchements
- Variables quantitatives telles que : âge, âge de début de la VDP, taille, poids, parité...

Traitement des données et analyse statistique

Afin de procéder au traitement et à l'analyse, les réponses ont été importées dans un tableur Excel.

Puis, 4 tableurs différents ont été créés pour faciliter l'analyse statistique :

- Un tableur n°1 regroupant toutes les patientes, indépendamment de leur grossesse, permettant ainsi d'étudier leur profil, les caractéristiques de leur VDP, et les TSP actuels (n=158)
- Un tableur n°2 regroupant les grossesses des femmes avec le statut de VDP « guérie ou en cours » nous permettant de n'étudier que les grossesses étant survenues après le début de la VDP (n=239)
- Un tableur n°3 regroupant les grossesses étant survenues après le début de la VDP des patientes et présentant un critère de sévérité (n=124)
- Un tableur n°4 regroupant les grossesses étant survenues après le début de la VDP des patientes et ne présentant pas de critère de sévérité (n=115)

Des statistiques simples ont été utilisées (moyenne, médiane, pourcentage) à partir de la grille de recueil, par le biais des formules Excel. Dans ce rapport, les résultats descriptifs sont présentés avec leur intervalle de confiance à 95%.

Le Test du Chi 2 a été fait via le site "biostaTGV".

Pour l'ensemble de ces statistiques, le risque α a été fixé à 5% (soit un $p < 0,05$).

RESULTATS

L'étude menée de mars 2020 à juillet 2020 avait pour question de recherche « **En quoi la VDP peut-elle avoir une influence sur le pronostic obstétrical des femmes atteintes ou guéries de VDP et sur les TSP chez les femmes ayant accouché ?** »

Les objectifs ont été :

Identifier le pronostic obstétrical des femmes atteintes ou guéries de VDP

Identifier les TSP chez les femmes atteintes ou guéries de VDP pendant la grossesse, le post-partum et à long terme.

Un sous-objectif :

Comparer les résultats entre les patientes atteintes ou guéries de VDP avec et sans critère de sévérité.

Les résultats sont présentés selon un plan en trois parties. Dans un premier temps est décrite la population étudiée. Dans un second temps sont présentés les résultats concernant les modalités d'accouchement et le pronostic obstétrical dans la population étudiée ainsi que dans les sous-groupes étudiés puis le vécu psychologique de la VDP et sa répercussion sur la grossesse et l'accouchement. Dans une troisième partie sont présentés les résultats des TSP déclarés dans la population étudiée ainsi que dans les sous-groupes étudiés pendant la grossesse, après l'accouchement et actuellement, puis la prise en charge des TSP chez ces patientes.

Caractéristiques de la population à l'étude et de leur VDP

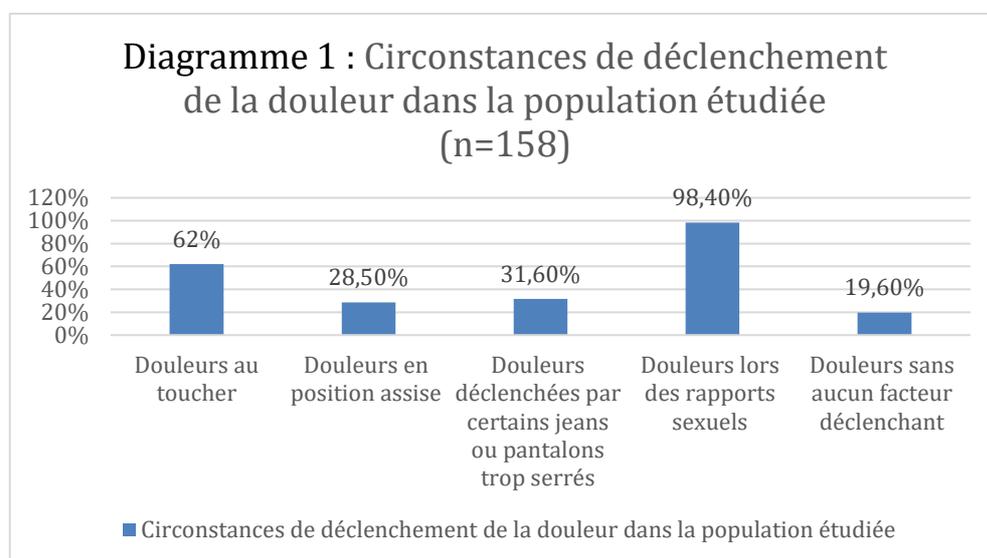
Le nombre de patientes incluses dans l'étude est de 158 femmes souffrant ou guéries d'une VDP.

Caractéristiques de la population étudiée	Moyenne (+/- écart-type)
Age	39 (+/- 8)*
Age de début de VRP	24,2 (+/- 6,71)
IMC actuel	22,4 (+/- 3,6)
Nombre d'accouchements par patiente	1,72 (+/- 0,67)

*Age min 25 ans, âge maximum 69 ans

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Concernant la prise en charge de la VDP, 4,4% (n=7) des patientes n'ont reçu aucun traitement, 77,2% (n=122) des patientes ont fait au moins un traitement de 1^{ère} ligne³, 67,7% (n= 107) des patientes ont fait un traitement de seconde ligne⁴, et 45,6% (n=72) des patientes ont fait une vestibulectomie.



54% des patientes ayant répondu étaient guéries lors du remplissage du questionnaire et 46% avaient toujours la VDP. 89 patientes (44%) présentaient un critère de sévérité de la VDP, tel que l'association à une adénomiose, endométriose, des névralgies ou une hypersensibilité pelvienne, et 69 (56%) n'avaient pas de critère de sévérité.

Grossesse et accouchement : vécu et évolution

Pour les résultats concernant les modalités d'accouchement et le pronostic obstétrical, seules les grossesses et accouchements ayant eu lieu après le début de la VDP (statut VDP en cours ou guérie) ont été étudiés. Ainsi, 239 grossesses et accouchements ont été étudiés, dont 63,6% (n=152) avec la VDP en cours et 36,4% (n=87) après la guérison de la VDP. L'âge moyen des femmes au moment de leur grossesse a été de 30,4 ans. A noter également que 51,9% des grossesses étudiées ont concerné des femmes ayant un critère de sévérité et 48,1% des femmes sans critère de sévérité.

³ Crème anesthésique locale à base de xylocaïne (2-10%), antidépresseur à faible dose, rééducation périnéale, thérapie cognitivo-comportementale

⁴ Injection botulique et/ou vestibulectomie totale ou partielle et/ou lipofilling

Dans la population étudiée, il y a eu 68,2% d'accouchements par voie basse et **31,8% par césarienne.**

Il y a eu **19,2% de césariennes programmées** et 12,6% de césariennes pendant le travail.

Parmi les accouchements voie basse, 19,6% (+/- 6,1%) ont été instrumentalisés (ventouse, spatules et forceps confondus). 34,2% des primipares ont eu une épisiotomie et 23,5% des multipares.

Il y a eu 45,3% de déchirures dont 4,9 % ayant atteint le sphincter anal.

79,5% des accouchements se sont faits sous péridurale.

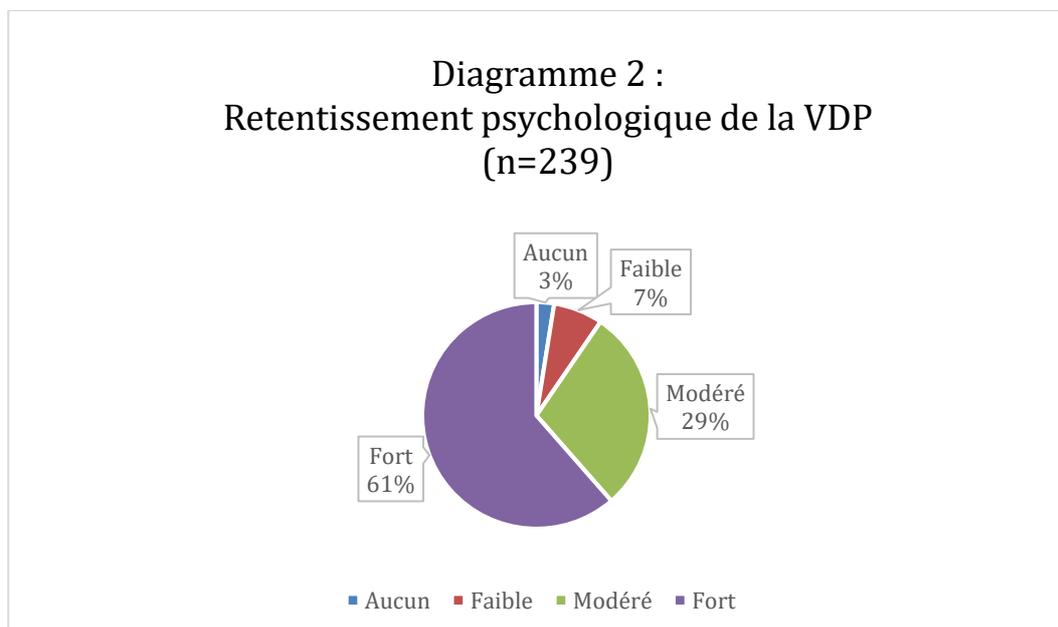
Dans les sous-groupes étudiés, une différence significative du taux de déchirures périnéales chez les patientes, ayant ou non un critère de sévérité, ayant accouché par voie basse, a été mis en évidence par le test de Chi2 :

	Avec critère de sévérité (n=75)	Sans critère de sévérité (n=73)	p-value
Déchirure	53,3% (n=40)	37% (n=27)	0,046

Tableau 2 : Comparaison du taux de déchirure périnéale chez les patientes avec et sans critères de sévérités.

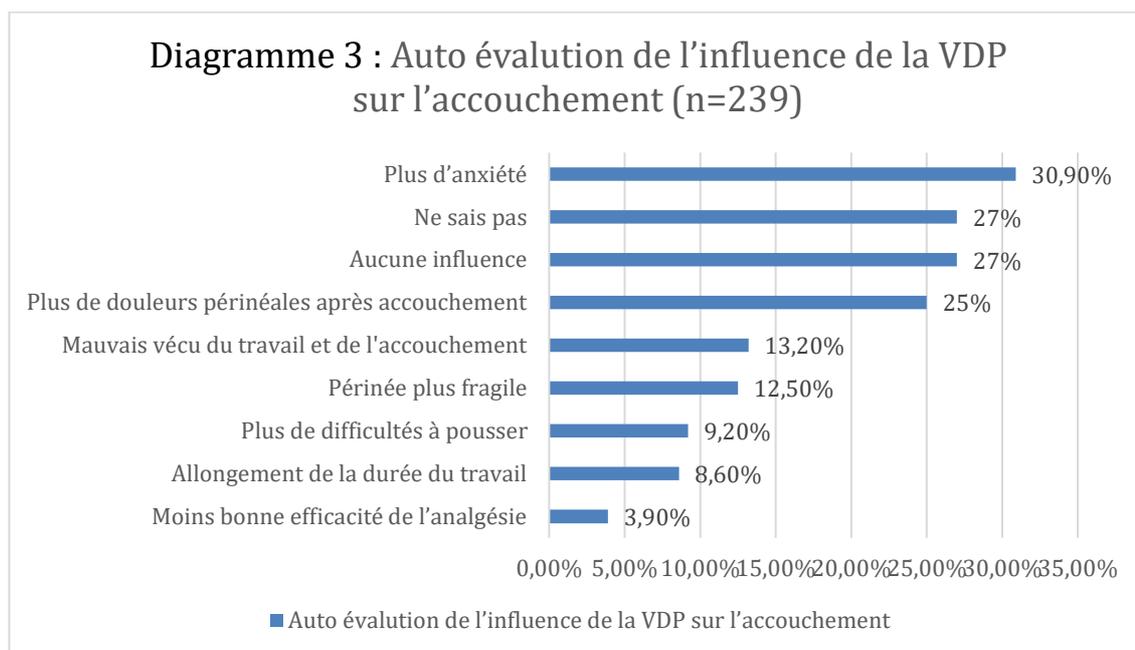
La présence d'un critère de gravité semble donc être un facteur de risque de déchirure périnéale en cas d'accouchement par voie basse.

Concernant le vécu psychologique de la VDP :

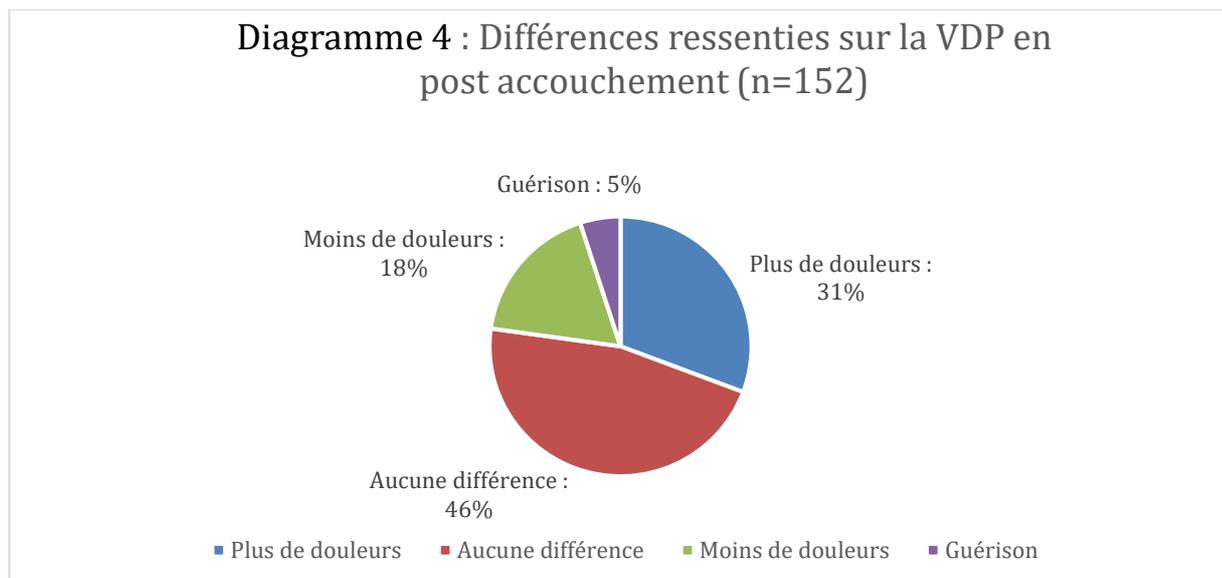


Sur les 158 patientes, 61% d'entre elles ont déclaré un fort retentissement psychologique de la VDP. 27,8% ont indiqué recevoir, ou avoir reçu, un soutien psychologique.

Les patientes indiquent que dans 87,5% des cas, les douleurs liées à la VDP n'ont pas été prises en compte lors de leur grossesse et de l'accouchement.



30,9% des patientes ont indiqué que la VDP a entraîné plus d'anxiété, et 13,2 % ont eu un mauvais vécu du travail. 25% indique une augmentation des douleurs périnéales après l'accouchement.



Près de la moitié des femmes (46%) n'ont ressenti aucune différence concernant la VDP après l'accouchement. Pour 31% la douleur a augmenté de manière significative. 18% ont ressenti moins de douleurs et 5% étaient guéries suite à l'accouchement.

Troubles de la statique pelvienne

Dans la population étudiée, concernant les TSP **pendant la grossesse** les patientes ont déclaré 36% d'incontinence urinaire, et 13,8 % d'incontinence anale. Il y avait 31,4% des femmes interrogées ayant déclaré une incontinence urinaire d'effort, 18,8% des urgenteries, 18,8% des fuites de gaz, une grossesse avec des fuites de selles liquides et une avec des fuites de selles solides.

Dans les sous-groupes étudiés, le test du chi2 a mis en évidence qu'il y a une différence significative du taux d'incontinence urinaire, d'incontinence anale et du taux de fuites de gaz pendant la grossesse, chez les femmes ayant ou non un critère de sévérité associé :

	Avec critère de sévérité	Sans critère de sévérité	p-value
Incontinence urinaire	43,5% (n=54)	27,8% (n=32)	0,0114
Incontinence anale	21% (n=26)	6,1% (n=7)	0,00086

Tableau 3 : Comparaison du taux de TSP pendant la grossesse chez les patientes avec et sans critères de sévérité

La présence d'un critère de gravité semble donc être un facteur de risque d'incontinence urinaire et d'incontinence anale pendant la grossesse chez ces patientes.

Dans la population étudiée, concernant les TSP **après l'accouchement**, 47,3% des accouchements ont été suivis par au moins un TSP. Les patientes ont déclaré 41,4% d'incontinence urinaire et 17,2% d'incontinence anale, 37,7% d'incontinence urinaire d'effort et 18,8% d'urgenteries. Il y avait 16,7% de fuites de gaz, 7 post-partum avec des fuites de selles liquides et 5 avec des fuites de selles solides.

Dans les sous-groupes étudiés le test du Chi2 a mis en évidence une différence significative du taux d'incontinence anale, d'urgenterie et des fuites de gaz en post-partum :

	Avec critère de sévérité	Sans critère de sévérité	p-value
Incontinence anale	22,6%	11,3%	0,0209
Urgenterie	25,8%	11,3%	0,0042

Tableau 4 : Comparaison du taux de TSP en post-partum chez les patientes avec et sans critères de sévérité

La présence d'un critère de gravité semble donc être un facteur de risque de d'incontinence anale, et d'urgenterie après la grossesse chez ces patientes.

Concernant la **prise en charge** des TSP chez les patientes atteintes ou guéries de VDP, sur les 239 accouchements, de la rééducation périnéale a été faite en post-partum dans 69,5% des cas.

47,3% des accouchements ont été suivis par au moins un TSP et la rééducation a été prescrite aux femmes ayant des symptômes post-accouchement dans 54,9 % des cas. Dans 67,6% des cas, cette rééducation a eu un effet positif sur les TSP de type incontinence urinaire et dans 55,2% des cas un effet positif sur les TSP de type incontinence anale.

Dans 45,1% des cas, aucune prise en charge n'a été faite pour traiter les TSP du post-partum.

Pour avoir une idée du taux de TSP à distance des accouchements, il a été demandé aux femmes d'indiquer si au moment du remplissage du questionnaire elles souffraient de TSP.

Dans la population étudiée, 70 femmes (44,3%) souffraient d'au moins un TSP. Les patientes ont déclaré 34,2% d'incontinence urinaire et 16,5% d'incontinence anale : 25,3% d'incontinence urinaire d'effort et 14,6% d'urgenteries, 15,2 % de fuites de gaz, 4 patientes atteintes de fuites de selles liquides, une avec des fuites de selles solides et 10 patientes ont indiqué avoir un prolapsus.

De plus, un taux de constipation chronique a été retrouvé chez 58,2% des femmes interrogées.

ANALYSE ET DISCUSSION

Biais et limites

Cette étude présente des biais et des limites dus essentiellement au caractère déclaratif des données et à la méthode de sélection de la population.

Biais de sélection :

- Étude unicentrique : l'étude n'incluait pas les femmes non diagnostiquées et/ou non prises en charge à la clinique Axium,
- Sélection des patientes recevant le questionnaire sur la base d'informations contenues dans le dossier médical informatisé du centre « l'Avancée » de la clinique Axium. Les dossiers médicaux ne renseignant ni email, ni téléphone ont été écartés,
- La réponse au questionnaire été basée sur le volontariat, le recueil de données a donc pu être influencé par l'intérêt porté à cette étude. Toutefois, pour limiter l'impact de ce biais, les emails et SMS ont été adressés personnellement aux patientes en utilisant comme nom d'expéditeur les médecins du centre « l'Avancée » de la clinique Axium.

Biais d'information :

Pas d'accès au dossier médical obstétrical, le questionnaire a été rempli par les patientes, ce qui entraîne des biais de mémorisation.

Limites de l'étude :

Malgré l'effectif important de la population étudiée et l'absence d'études de ce type dans la littérature, cette étude était une étude mono-centrique et rétrospective ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population atteinte ou guérie de VDP.

Analyse et discussion

Dans le but d'analyser les résultats concernant les modalités d'accouchement et le pronostic obstétrical, une revue de la littérature a été menée. Les chiffres de la littérature auxquels sont comparés les résultats de cette étude sont les moyennes issues des 5 enquêtes nationales périnatales ayant eu lieu entre 1995 et 2016.

VDP et pronostic obstétrical

Cette étude révèle que dans la population étudiée, il y a une augmentation des césariennes puisque 31,8% des accouchements sont des césariennes contre 19% en moyenne dans la littérature (22–26).

Il est également à noter qu'il y a presque le double de césariennes programmées (19,2%) dans la population étudiée que dans la population générale (10,1%). L'indication des césariennes programmées n'a pas été recherchée dans cette étude. Ces différences soulèvent des questionnements quant à la prise en charge prénatale des patientes : la césarienne programmée est-elle un choix de la patiente approuvé par le médecin ? est-ce une césarienne d'indication médicale obstétricale ? est-ce une recommandation du spécialiste ?

En effet, certains spécialistes proposent un suivi des patientes porteuses de VDP pendant leur grossesse dans le but de :

- dans un premier temps : évaluer le pronostic périnéal et proposer si nécessaire une rééducation périnéale de relâchement des muscles pendant la grossesse,
- dans un second temps : appréhender la qualité tissulaire et le relâchement musculaire du périnée afin d'évaluer la balance bénéfice-risque d'un accouchement voie basse.

VDP et modalités d'accouchement

Le recours aux instruments de type forceps, ventouse et spatules est légèrement supérieur dans la population étudiée que dans la littérature (19,6% vs 12,4%).

Pour analyser ces données il est intéressant de noter que les experts ont montré que la VDP entraînait une tendance hypertonique marquée du périnée, une diminution des mécanismes de flexibilité et des capacités de relaxation musculaire ainsi qu'une diminution de la puissance musculaire du périnée (4). Ces modifications pourraient être la cause d'une prolongation de la dernière phase du travail (la prolongation de la phase de descente supérieure à 3h a été indiquée pour 17,2% des accouchements). La difficulté du relâchement musculaire, associée à la douleur et à l'état psychologique de

la femme pourraient, en effet, entraîner une difficulté dans la phase d'engagement et de descente du mobile fœtal dans le bassin, expliquant ainsi un taux d'instrumentalisation plus élevé.

Le taux de péridurale est le même que dans la population générale (22–26).

Il y a 20% de moins d'épisiotomies chez les nullipares atteintes ou guéries de VDP, comparé à la littérature (34,2% vs 54,75%), et pas de différence du taux de déchirures globales. En revanche pour 8 accouchements (4,9%), il y a eu une déchirure de type 3, alors que le taux de déchirure de type 3 est de 0,8% dans la population générale. L'effectif de l'étude étant trop faible, il n'est pas possible de conclure à une augmentation significative des déchirures de T3 chez les femmes atteintes ou guéries de VDP, en revanche une augmentation du taux de déchirure de T3 pourrait être corrélée à l'augmentation du taux d'accouchement instrumental vu précédemment.

Une autre hypothèse est basée sur le fait que les experts ont montré des modifications neuro-inflammatoires importantes du vestibule vulvaire avec activations mastocytaires adjacentes aux terminaisons nerveuses (7) (8), responsables d'une éventuelle altération de la qualité tissulaire du périnée pouvant ainsi conduire à une augmentation et une aggravation des déchirures périnéales perinatales.

Dans les sous-groupes étudiés, il y a 16% (p-value 0,046) de plus de déchirures chez les femmes ayant un critère de sévérité mais sans augmentation significative des accouchements instrumentaux. On peut donc émettre l'hypothèse que la présence d'une pathologie périnéale surajoutée à la VDP est un critère de fragilisation périnéale plus sévère que chez les femmes sans critère de sévérité.

Face à ces constats, il semblerait intéressant d'établir un protocole de prise en charge obstétricale chez les patientes atteintes ou guéries de VDP dans le but d'essayer de :

- diminuer le taux et la sévérité des déchirures périnéales,
- repérer les patientes pour qui il est préférable d'éviter l'accouchement par voie basse et celles pour qui la balance bénéfice-risque penche en faveur d'un accouchement voie basse. Mais les modèles de prédiction du risque de LOSA ne peuvent pas être utilisés pour conseiller ou autoriser un mode d'accouchement plutôt qu'un autre (accord professionnel) (27),
- améliorer le relâchement périnéal lors de la dernière phase du travail afin de diminuer le taux de recours aux extractions instrumentales.

VDP et TSP

Pour analyser les résultats concernant les TSP, une revue de la littérature a été menée afin de confronter les résultats de ce travail à la littérature.

Dans la population étudiée, il y a le même taux de TSP pendant la grossesse que dans la population générale.

En revanche dans les sous-groupes étudiés le test du Chi2 a mis en évidence une augmentation d'environ 15% du taux d'incontinence urinaire (p-value : 0,01), d'incontinence anale (p-value < 0,001) chez les femmes avec critère de sévérité pendant la grossesse. Cette différence vient appuyer l'hypothèse faite précédemment qu'une pathologie périnéale surajoutée à la VDP serait un critère de fragilisation périnéale plus sévère que chez les femmes sans critère de sévérité.

Après l'accouchement, il y a plus d'incontinence anale chez les femmes atteintes ou guéries de VDP que dans la littérature (17,2% vs 5 à 10%). Ce résultat est en accord avec plusieurs études ayant établi que les femmes atteintes de VDP avaient une altération du fonctionnement des muscles pelviens (1) (2).

Dans les sous-groupes étudiés, le test du Chi2 a mis en évidence que l'ajout d'un critère de sévérité à la VDP multiplie par 2 l'incidence des urgenteries (p-value = 0,0042), de l'incontinence anale (p-value= 0,0209) et des fuites de gaz (p-value=0,03) après l'accouchement. Ce résultat confirme que les femmes atteintes de VDP et ayant un critère de sévérité ont une plus grande altération du fonctionnement des muscles pelviens.

Concernant la prise en charge des TSP chez les patientes atteintes ou guéries de VDP, sur les 239 accouchements étudiés, une rééducation périnéale a été faite dans 69,5% des cas.

Près de la moitié des femmes (47,3%) ont présenté un TSP après l'accouchement et parmi elles, la rééducation a été moins prescrite de près de 15% (54,9% vs 69,5%) que dans la population étudiée et dans 45,1% des cas, aucune prise en charge n'a été faite pour traiter les TSP du post-partum.

	Rééducation périnéale
Tous accouchements confondus (n=239)	69,5%
Accouchement avec des TSP en post partum (n= 113)	54,9%

Tableau 5 : Taux de rééducation périnéale post accouchement

Selon les spécialistes de la clinique Axiom la rééducation périnéale par contraction aggraverait le syndrome d'hypersensibilité périnéale. Face à une patiente présentant une douleur périnéale associée à un TSP, ces spécialistes s'accordent à traiter dans un premier temps le syndrome d'hypersensibilité périnéale avant de traiter les TSP, ce qui pourrait expliquer la diminution de rééducation périnéale chez les patientes ayant un TSP en post-partum. En revanche cela n'explique pas que près de la moitié des femmes indiquent n'avoir eu aucune prise en charge des TSP.

Ces résultats soulèvent plusieurs questionnements qu'il serait intéressant d'approfondir dans une prochaine étude. Les femmes présentant des TSP consultent-elles après l'accouchement ? La recherche des symptômes de TSP est-elle faite en systématique ? Les patientes indiquent-elles leurs symptômes ? La prescription de rééducation périnéale est-elle faite en cas de symptômes ?

De plus, plus de 5 femmes sur 6 (87,5%) indiquent que les douleurs liées à la VDP n'ont pas été prises en compte pendant la grossesse et l'accouchement. Peut-être est-ce un choix de la patiente de ne pas faire de rééducation périnéale du fait de cette absence de prise en compte de la douleur pendant leur grossesse ?

La mise en place d'un protocole de prise en charge obstétricale chez les patientes atteintes ou guéries de VDP pourrait également aider à améliorer la reconnaissance de la douleur et le vécu des femmes.

Concernant les TSP à distance de l'accouchement, il n'y a pas de différence du taux globale de TSP dans la population étudiée que dans la littérature. En revanche il y a plus d'incontinence urinaire (34,2% vs 28,7%), et 10 % de plus d'incontinence anale (16,5% vs 6,9%) (28). De plus, plus de 5% des patientes souffrent de prolapsus et plus de la moitié de constipation chronique.

La prévention des TSP du post-partum et à distance de l'accouchement chez les patientes atteintes ou guéries de VDP pourrait également être un objectif dans l'écriture d'un protocole de prise en charge obstétricale.

CONCLUSION

Cette étude incluant 158 patientes atteintes de VDP vient corroborer la théorie déjà établie dans plusieurs études, à savoir que cette pathologie induit une altération du fonctionnement des muscles pelviens et fragilise le périnée (1) (2). De plus, des tests de comparaison ont permis d'établir que ces altérations sont plus importantes si la patiente présente un critère de sévérité tel que l'adénomiose, l'endométriome, les névralgies et l'hypersensibilité pelvienne.

Les résultats présentés ne sont pas généralisables à l'ensemble des femmes atteintes de VDP, en revanche, lorsqu'ils sont comparés à la littérature, ils révèlent de multiples répercussions de cette pathologie sur les plans obstétrical et périnéal : augmentation du taux de césariennes, d'accouchements instrumentalisés, de déchirures de type 3, et des TSP du post-partum et à distance de l'accouchement à plus long terme. Une étude multicentrique à plus grande échelle permettrait de vérifier si ces résultats sont généralisables à l'ensemble de cette population spécifique.

Cette étude témoigne également du manque de reconnaissance et de prise en charge de la douleur chez ces femmes, détériorant ainsi leur vécu psychologique de la grossesse et de l'accouchement.

Ainsi, il semblerait intéressant de travailler sur un protocole de prise en charge obstétricale chez les patientes atteintes ou guéries de VDP avec pour objectif de diminuer l'impact négatif de la VDP sur les pronostics obstétrical et périnéal, de prévenir au mieux la survenue des TSP chez ces femmes et d'améliorer le vécu psychologique de leur grossesse et de leur accouchement.

La mise en place d'une étude multicentrique à grande échelle incluant l'utilisation du questionnaire PFDI-20 pour évaluer les TSP serait intéressante pour construire un protocole obstétrical de prise en charge des femmes atteintes de VDP.

BIBLIOGRAPHIE

1. Polpeta NC, Giraldo PC, Juliato CRT, Yoshida LP, do Amaral RLG, Eleutério J. Electromyography and vaginal pressure of the pelvic floor muscles in women with recurrent vulvovaginal candidiasis and vulvodynia. *J Reprod Med.* avr 2012;57(3-4):141-7.
2. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic Floor Muscle Assessment Outcomes in Women With and Without Provoked Vestibulodynia and the Impact of a Physical Therapy Program. *The Journal of Sexual Medicine.* 2010;7(2pt2):1003-22.
3. Havemann LM, Cool DR, Gagneux P, Markey MP, Yaklic JL, Maxwell RA, et al. Vulvodynia: What We Know and Where We Should Be Going. *J Low Genit Tract Dis.* avr 2017;21(2):150-6.
4. Baurant E, Porta O, Murina F, Mühlrad H, Levêque C, Riant T, et al. Consensus Européen « Les Vestibulodynies vulvaires provoquées, épidémiologie en Europe, physio-pathologie, consensus pour un traitement de première ligne et évaluation des traitements de seconde intention. » 2018.
5. Grolier F, Graesslin O, Charbonnel-Massé A, Quéreuc C. Vulvodynie et brûlure vaginale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* sept 2005;2005:115-36.
6. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *The Journal of Sexual Medicine.* 1 avr 2016;13(4):607-12.
7. Regauer S, Erberz B and Beham-Schmid C. Mast cell infiltrates in vulvodynia represent secondary and idiopathic mast cells hyperplasias. *APMIS.* mai 2015;123(5):452-5.
8. Zanutta N, Campisciano G, Scrimin F, Ura B, Marcuzzi A, Vincenti E, et al. Cytokine profiles of women with vulvodynia: Identification of a panel of pro-inflammatory molecular targets. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* 1 juill 2018;226:66-70.
9. Zhang Z, Zolnoun DA, Francisco EM, Holden JK, Dennis RG, Tommerdahl M. Altered central sensitization in subgroups of women with vulvodynia. *Clin J Pain.* déc 2011;27(9):755-63.
10. Hedding U, Johannesson U, Grönbladh A, Nyberg F, Nilsson KW, Bohm-Starke N. A118G polymorphism in the μ -opioid receptor gene and levels of β -endorphin are associated with provoked vestibulodynia and pressure pain sensitivity. *Scandinavian Journal of Pain.* 1 janv 2014;5(1):10-6.
11. 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.* 1 mars 2016;26(4):197-225.
12. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond Engl) [Internet].* 2013 [cité 13 nov 2019];9(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877300/>
13. Boissier R., Karsenty G. Les tuméfactions pelviennes chez la femme [Internet]. *Campus urologie.* Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/urologie/enseignement/urologie_22/site/html/6.html
14. Fritel X. Périnée et Grossesse [Pelvic floor and pregnancy]. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* mai 2010;38(5):332.
15. Milsom I, Gyhagen M. Breaking news in the prediction of pelvic floor disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 1 janv 2019;54:41-8.

16. Milsom I, Altman D, Nelson R, Sillén U, Thom D. Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP). 14 sept 2016;78.
17. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. 5th ed. ICUD-EAU; 2013.
18. Brown SJ, Gartland D, Donath S, MacArthur C. Effects of prolonged second stage, method of birth, timing of caesarean section and other obstetric risk factors on postnatal urinary incontinence: an Australian nulliparous cohort study. BJOG. juill 2011;118(8):991-1000.
19. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. Obstet Gynecol. févr 2012;119(2 Pt 1):233-9.
20. Bols EMJ, Hendriks EJM, Berghmans BCM, Baeten CGMI, Nijhuis JG, de Bie RA. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. mars 2010;89(3):302-14.
21. Smith KB, Basson R, Sadownik LA, Isaacson J, Brotto LA. Antenatal Vulvar Pain Management, Labour Management, and Postpartum Care of Women With Vulvodynia: A Survey of Physicians and Midwives. J Obstet Gynaecol Can. mai 2018;40(5):579-87.
22. Blondel B, Supernant K. Enquête nationale périnatale 2003 - Situation en 2003 et évolution depuis 1998. 2003;112.
23. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale perinatale 2010- Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM; 2011 mai.
24. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale perinatale 2016- Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 oct. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
25. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 avr 2012;41(2):151-66.
26. Blondel B, Du Mazaubrun C, Norton J, Bréart G. Situation perinatale en France en 1998. juill 2000 [cité 6 avr 2020];(73). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er073.pdf>
27. CNGOF-2018-Prevention et protection perineale en obstetrique [Internet]. [cité 23 janv 2021]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2018-prevention-et-protection-perineale-en-obstetrique/>
28. Murat Bozkurt A, Ays, Ender Yumru B, Levent S, Ahin C. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1028455914001697?token=9567864F8533FE37AE5F6E94892D2B8BD697B33BB8F63D8E0BBB8B24B3CD0ED448A7635E53281A7CE43C257523B177C0>
29. Bedretdinova D. Vers une modélisation de l'incontinence urinaire des femmes. 2015;228.

ANNEXES

Annexe 1

Table 1

Numerous risk factors for pelvic floor disorders have been identified [1].

Age	Pregnancy
Hereditary factors	Parity
Hysterectomy	Delivery mode
Concurrent prolapse	Anal sphincter rupture
Irritable bowel syndrome	Postmenopausal
Ethnicity	Multiple sclerosis
Dementia	Parkinson's disease
Obesity	Physical activity
Neurological illnesses	Diabetes mellitus
Urinary tract infections	Dementia

Annexe 2

Questionnaire Vestibulodynie vulvaire provoquée et grossesse

Bonjour, je m'appelle Pauline Hemery et je suis étudiante sage-femme.

Je réalise avec le docteur Baurant une étude sur la prise en charge obstétricale des femmes atteintes de vestibulodynie vulvaire provoquée (aussi connue sous le nom de vestibulite, vulvodynie...).

C'est une pathologie qui est encore peu connue et reconnue et il n'y a pas encore de prise en charge spécifique pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum.

Cette étude a pour but d'y remédier, c'est pourquoi j'ai besoin de vous pour obtenir un maximum de réponses à ce petit questionnaire. Il est totalement anonyme et dure environ 10 minutes.

Ce questionnaire est accessible sur téléphone ou ordinateur en recopiant ce lien:
vu.fr/vestibulite

Un grand merci à vous !

Quelques petites précisions avant de commencer:

--> Ce questionnaire s'adresse aux femmes souffrant ou ayant souffert de vestibulodynie vulvaire provoquée (=vestibulite=vulvodynie) ET ayant accouché (césarienne ou voie vaginale).

--> Les initiales VVP seront utilisées pour nommer la Vestibulodynie vulvaire provoquée.

--> Ce questionnaire est anonyme.

A quel âge les douleurs liées à la VVP ont-elles commencé ? *

Depuis votre diagnostic de VVP, quels traitements médicaux ont été mis en place ? *

- Rééducation périnéale
- Rééducation INDIBA
- Crème estrogène
- Crème anesthésique
- Injection botulique
- Antidépresseur à faible dose
- Injection de facteurs de croissance (lipofilling)
- Vestibulectomie totale ou partielle
- Autres
- Aucun

Quelles étaient ou quelles sont les circonstances déclenchant la douleur de votre VVP ? *

- Douleur au toucher
- Douleur en position assise
- Douleur déclenchée par certains jeans ou pantalons trop serrés
- Douleur lors des rapports sexuels
- La douleur peut survenir sans aucun facteur déclenchant

Quel âge avez-vous ? *

Quelle est votre taille ? *

En cm

De quelle(s) origine(s) êtes-vous ? *

- Caucasienne (Européenne)
- Africaine
- Asiatique

Etes-vous ou avez-vous été atteinte de vulvodynie vulvaire provoquée (VVP) ? *

- oui
- non

Avez-vous déjà accouché ? (césarienne ou accouchement vaginal) ? *

- oui
- non

Si vous avez répondu non à l'une des deux questions précédentes vous ne pouvez malheureusement pas faire partie de cette étude. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre. *

Quitter la page sans valider.

A quel âge les douleurs liées à la VVP ont-elles commencé ? *

Depuis votre diagnostic de VVP, quels traitements médicaux ont été mis en place ? *

- Rééducation périnéale
- Rééducation INDIBA
- Crème estrogène
- Crème anesthésique
- Injection botulique
- Antidépresseur à faible dose
- Injection de facteurs de croissance (lipofilling)
- Vestibulectomie totale ou partielle
- Autres
- Aucun

Quelles étaient ou quelles sont les circonstances déclenchant la douleur de votre VVP ? *

- Douleur au toucher
- Douleur en position assise
- Douleur déclenchée par certains jeans ou pantalons trop serrés
- Douleur lors des rapports sexuels
- La douleur peut survenir sans aucun facteur déclenchant

Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique spécifique concernant votre VVP ? *

- oui
- non

Comment décririez-vous le retentissement psychologique de la VVP sur vous ? *

- Aucun impact
- Faible impact
- Impact modéré
- Fort impact

Actuellement souffrez-vous encore de la VVP ? *

- oui
- non

Avez-vous ou avez-vous eu l'une de ces autres pathologies associées à la VVP ?

- Névralgie
- Adénomiose
- Hypersensibilité pelvienne
- Endometriose
- Autre
- Aucune

Combien de fois avez-vous accouché ? *

Concernant votre premier accouchement:

Avez-vous accouché en France ? *

- oui
- non

Quel était votre poids au début de cette grossesse ? *

En kg à plus ou moins 5 kilos

Quel âge aviez-vous lors de cette grossesse ? *

Souffriez-vous de la VVP pendant cette grossesse ? *

- oui
- non

Si vous étiez guérie: cochez non

Attendiez-vous plusieurs enfants ? *

- oui
- non

Grossesse gémellaire, triple...

- Grossesse gémellaire
- Grossesse triple

Comment avez-vous accouché ? *

- Césarienne
- Accouchement naturel (vaginal)

A propos de la césarienne *

- Césarienne programmée
- Césarienne pendant le travail

Quelle était la raison de la césarienne ? *

- Arrêt de la dilation du col
- Anomalies du rythme cardiaque de votre bébé (anomalie au monitoring/ bébé qui fatigue)
- Votre bébé ne descendait pas dans le bassin alors que votre col était totalement dilaté (10 cm)
- Votre bébé présentait son visage en premier (nez, bouche, front)
- Je ne sais plus
- Autres

A quel(s) méthode(s) avez-vous eu recours pour gérer la douleur pendant le travail et l'accouchement ? *

- Péridurale
- Pompe morphinique
- Respiration/ relaxation
- Bain ou douche chaude
- Gaz hilarant (protoxyde d'azote)
- Anesthésie locale au niveau du périnée

Votre enfant pesait-il plus de 4 kg à sa naissance ? *

- Oui
- Non

Votre enfant se présentait-il par le siège (les fesses en bas) ? *

- Oui
- Non

Si accouchement vaginal

Avez-vous eu besoin d'une aide instrumentale lors de l'accouchement (spatules ou forceps)? *

- Oui
- Non

A combien de temps estimez-vous la dernière partie du travail ? (Laps de temps entre le moment où le col était complètement dilaté jusqu'à l'accouchement) *

- < 1 heure
- Entre 1 et 2 heures
- Entre 2 et 3 heures
- > 3 heures
- Je ne me souviens plus

Le personnel médical a-t-il dû effectuer des manœuvres pour aider votre enfant à naître (relever vos jambes, appuyer sur votre ventre, aider votre bébé à sortir les épaules) ? *

- oui
- non
- je ne sais pas

Avez-vous eu une épisiotomie (incision du périnée par le personnel médical)? *

- oui
- non
- je ne sais pas

Avez-vous eu une déchirure périnéale? *

- oui
- non
- je ne sais pas

Savez-vous si cette déchirure a atteint votre sphincter ? (on vous aura alors parlé de déchirure profonde, de soins particuliers, d'une rééducation spécialisée...) *

- oui
- non
- je ne sais pas

Si VVP pdt grossesse

Vos douleurs liées à la VVP ont-elles été prises en compte lors de votre accouchement ? (adaptation des examens vaginaux, nombre d'examens réduit ...) *

- oui
- non

Selon vous, comment la VVP a-t-elle influencé votre accouchement ? *

- Plus d'anxiété pendant la grossesse
- Allongement de la durée du travail
- Mauvais vécu du travail et de l'accouchement
- Moins bonne efficacité de l'analgésie
- Plus de difficultés à pousser
- Périnée plus fragile, plus de déchirures périnéales
- Plus de douleurs périnéales après l'accouchement
- Aucune influence
- Je ne sais pas

Dans les 6 mois après l'accouchement, avez-vous ressenti une différence sur la VVP ? *

- Plus de douleurs
- Moins de douleurs
- Guérison
- Aucune différence

Pendant la grossesse, avez vous eu ces problèmes : *

- Fuite d'urine lors d'un effort ou à la toux
- Impossibilité à retenir une envie pressante d'uriner
- Fuite de gaz involontaire et incontrôlable
- Fuite de selles liquides involontaire et incontrôlable
- Fuite de selles solides involontaire et incontrôlable
- Aucun

Après l'accouchement, avez vous eu ces problèmes : *

- Fuite d'urine lors d'un effort ou à la toux
- Impossibilité à retenir une envie présente d'uriner
- Fuite de gaz involontaire et incontrôlable
- Fuite de selles liquides involontaire et incontrôlable
- Fuite de selles solides involontaire et incontrôlable
- Aucun

Après cet accouchement, avez-vous bénéficié d'une rééducation périnéale ? *

- oui
- non

Rééducation périnéale

Vous a-t-elle été prescrite dans les 2 premiers mois suivant l'accouchement ? *

- oui
- non

Combien de temps après l'accouchement avez-vous commencé ? *

- moins de 2 mois après l'accouchement
- entre 2 et 6 mois après l'accouchement
- plus de 6 mois après l'accouchement

Combien de séances avez-vous réalisé ? *

- moins de 5 séances
- entre 5 et 10 séances
- entre 10 et 20 séances
- plus de 20 séances

Quel type de rééducation avez-vous fait ? *

- Manuelle
- Avec sonde

La rééducation périnéale a-t-elle eu un effet positif sur les fuites urinaires lors d'un effort ou à la toux ? *

- oui
- non

La rééducation périnéale a-t-elle eu un effet positif sur l'impossibilité à retenir une envie pressante d'uriner ? *

- oui
- non

La rééducation périnéale a-t-elle eu un effet positif sur les fuites de gaz involontaires et incontrôlables ? *

- oui
- non

La rééducation périnéale a-t-elle eu un effet positif sur les fuites de selles liquides involontaires et incontrôlables ? *

- oui
- non

La rééducation périnéale a-t-elle eu un effet positif sur les fuites de selles solides involontaires et incontrôlables ? *

- oui
- non

De quel(s) traitement(s) avez-vous bénéficié pour soigner ces fuites ? *

- Rééducation périnéale
- Médicaments
- Intervention chirurgicale
- Aucun

Quel est votre poids actuel ? *

en kg

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de constipation régulière ? *

- oui
- non

Actuellement, avez-vous l'un de ces symptômes ? *

- Fuite d'urine lors d'un effort ou à la toux
- Impossibilité à retenir une envie pressante d'uriner
- Fuite de gaz involontaire et incontrôlable
- Fuite de selles liquides involontaire et incontrôlable
- Fuite de selles solides involontaire et incontrôlable
- Prolapsus (descente d'organe)
- Aucun

De quel(s) traitement(s) bénéficiez-vous actuellement pour traiter ces fuites ? *

- Rééducation périnéale
- Médicaments
- Intervention chirurgicale
- Aucun

Comment avez vous reçu ce questionnaire ? *

- Par Email
- Par SMS
- Via un lien facebook

Glossaire

VDP : Vestibulodynie vulvaire provoquée

TSP : Trouble de la statique pelvienne

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

IMC : Indice de Masse Corporelle

LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter Anal

RESUME

Introduction : La vestibulodynie vulvaire provoquée touchant entre 10 et 16% des femmes est responsable de plus de deux tiers des douleurs vulvaires et entraîne un dysfonctionnement des muscles pelviens. Cette étude propose de s'intéresser à l'influence de cette pathologie en période péri-conceptionnelle sur les plans obstétrical, psychologique et gynécologique.

Objectifs : Identifier le pronostic obstétrical et périnéal des femmes atteintes ou guéries de VDP afin d'évaluer la nécessité de la mise en place d'un protocole obstétrical spécifique.

Comparer les résultats entre les patientes avec et sans critère de sévérité.

Matériel et méthode : Étude descriptive quantitative et mono-centrique menée avec un recueil rétrospectif des données à partir d'un questionnaire de Mars 2020 à juillet 2020. La population sélectionnée était de 158 patientes et 239 accouchements ont été analysés.

Le test du Chi 2 a été utilisé pour comparer les résultats des patientes avec et sans critères de sévérité.

Résultats : Les résultats de cette étude, bien que non généralisables, révèlent de multiples répercussions de la VDP sur le plan obstétrical et périnéal avec notamment une augmentation du taux de césarienne, d'instrumentalisation, des déchirures de type 3, et des TSP du post-partum et à distance de l'accouchement. Ces résultats corroborent la thèse selon laquelle ces femmes présentent un dysfonctionnement des muscles pelviens et une fragilisation périnéale qui est plus importante lorsqu'un critère de sévérité est associé.

Conclusion : Cette étude témoigne de la nécessité d'une modification de la prise en charge obstétricale des patientes atteintes ou guéries de VDP afin de diminuer l'impact négatif de la VDP sur le pronostic obstétrical et périnéal, améliorer la prévention des TSP chez ces femmes et améliorer le vécu psychologique de leur grossesse et de leur accouchement.

Mots clés : vestibulodynie vulvaire provoquée, vestibulite, vulvodynie, troubles de la statique pelvienne

Abstract

Introduction : Provoked vulval vestibulodynia, which affects 10 to 16% of women, is responsible for more than two thirds of vulval pain and leads to pelvic muscles dysfunction. This study takes an interest in the influence of this pathology during periconceptional period on the obstetrical, psychological and gynecological levels.

Objectives of the study : Identify the obstetric and perineal prognosis of women suffering or cured of PVD in order to assess the need for the establishment of a specific obstetric protocol.

Compare the results between patients with and without severity criteria.

Materials and Methods : Quantitative and single-center descriptive study conducted with retrospective data collection from a questionnaire from March 2020 to July 2020. The selected population was 158 patients and 239 deliveries were analyzed. Chi-squared test was used to compare results from patients with and without severity criteria.

Results : The results of this study, although not generalizable, reveal multiple repercussions of PVD on the obstetrical and perineal plan such as an increase in the rate of cesarean section, instrumentalization, tears of type 3, and PFV during postpartum and some time after childbirth. These results corroborate the theory stating that these women experience pelvic muscle dysfunction and perineal fragility all the more important as a severity criterion is associated.

Conclusion : This study demonstrates the need for a modification of the obstetric management of patients suffering or cured of PVD in order to reduce the negative impact it has on the obstetric and perineal prognosis, to improve the prevention of PFV for these women. and improve the psychological experience of their pregnancy and childbirth.

Keywords : provoked vulvar vestibulodynia, vestibulitis, vulvodynia, pelvic floor disorders