



**HAL**  
open science

# Lésions obstétricales du sphincter anal : étude rétrospective au centre hospitalier de Toulon Sainte-Musse

Noémie Barra

## ► To cite this version:

Noémie Barra. Lésions obstétricales du sphincter anal : étude rétrospective au centre hospitalier de Toulon Sainte-Musse. Gynécologie et obstétrique. 2023. <dumas-04411557>

**HAL Id: dumas-04411557**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04411557v1>**

Submitted on 23 Jan 2024

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.



HAL Authorization



École de Maïeutique

# **LESIONS OBSTETRIQUES DU SPHINCTER ANAL : ETUDE RETROSPECTIVE AU CENTRE HOSPITALIER DE TOULON SAINTE-MUSSE**

Présenté et publiquement soutenu  
Le vendredi 02 juin 2023

Par  
BARRA Noémie  
Née le 07/08/1998

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme  
Année universitaire : 2022/2023

Membres du jury :

- FABRE Laure, sage-femme libérale
- MATTEO Caroline, sage-femme enseignante
- MAUVIEL Franck, chef de service gynécologie obstétrique au CHITS, directeur de mémoire

École de Maïeutique

## **LESIONS OBSTETRIQUES DU SPHINCTER ANAL : ETUDE RETROSPECTIVE AU CENTRE HOSPITALIER DE TOULON SAINTE-MUSSE**

BARRA Noémie  
Née le 07/08/1998

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme  
Année universitaire 2022/2023**

**Validation 1<sup>ère</sup> session 2023 :**      **oui**              **non**

Mention : Félicitations du Jury  
Très bien  
Bien  
Assez bien  
Passable

**Validation 2<sup>ème</sup> session 2023 :**      **oui**              **non**

Mention : Félicitations du Jury  
Très bien  
Bien  
Assez bien  
Passable

**Visa et tampon de l'école**



## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tenais sincèrement à remercier le Dr Franck MAUVIEL, directeur de ce mémoire, pour sa grande disponibilité, sa précieuse aide et ses conseils avisés. Merci pour votre aide dans l'élaboration de ma grille de recueil de données et l'accès aux dossiers médicaux, dont vous m'avez facilité l'accès et permis un grand gain de temps. Et enfin un dernier merci pour votre confiance, votre soutien et votre bienveillance lors de ces deux dernières années.

Je souhaitais à remercier également Caroline MATTEO, sage-femme enseignante, pour ses conseils avisés pour ce mémoire mais aussi pour sa présence et son soutien durant ces études.

Merci également à Sophie MONLEAU, Mylène DESCAMPS, Sébastien RIQUET et Pierre FREMONDIÈRE, sage-femmes enseignants, pour leur accompagnement et leur bienveillance lors de ces études. Un grand merci à la directrice de l'école de sage-femme, Carole ZAKARIAN, pour son écoute et ses sourires pendant ces années d'études, sans vous l'école ne serait pas ce qu'elle est devenue : universitaire.

Je remercie du fond du cœur mes parents et plus largement ma famille pour m'avoir toujours soutenue depuis mon enfance dans ce choix d'exercer une profession médicale. Merci également à vous : Gilles, Eric et Sylvie pour tout ce que vous m'avez apporté ces dernières années. Une mention toute particulière à vous, Françoise, de me voir devenir sage-femme, métier que vous chérissez tant.

Merci à toi, Baptiste, pour ton soutien sans faille et de toujours me pousser à devenir meilleure. Tu es un pilier au quotidien.

Je souhaite à travers ce mémoire, également remercier toute l'équipe de la pharmacie Signoret, qui m'a toujours encouragé dans mon parcours ces dernières années. Je n'oublierai jamais ces dernières années à vos côtés et vos précieux conseils professionnels.

Enfin merci à mes amies Elisa, Laura, Célia ainsi qu'à toutes mes futures collègues, sans qui ces années d'études auraient été moins sympathiques. Je vous souhaite le meilleur pour ces années à venir et surtout de l'épanouissement professionnel.

*A Liya, mon petit soleil*



## **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODE.....</b>	<b>9</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>12</b>
<b>ANALYSE ET DISCUSSION.....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>27</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>30</b>



## **INTRODUCTION**

En obstétrique, lors de l'accouchement le risque de lésion périnéale est présent notamment lors de la phase d'expulsion du fœtus. Selon l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2021, 59,9% des femmes ont eu une déchirure périnéale lors de leur accouchement vaginal [1]. Le terme d'accouchement eutocique correspond à l'accouchement qui aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion de l'enfant par voie basse, sans aide instrumentale [2]. Par ailleurs, le terme d'accouchement vaginal permet d'inclure l'ensemble des naissances par la filière génitale qu'elle soit instrumentale ou non.

La classification du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) est la plus utilisée dans la littérature internationale pour décrire les déchirures obstétricales du périnée [Tableau 1]. Pour classer ces déchirures périnéales, la classification de l'OMS-RCOG décrit 4 degrés de gravité. Récemment pour désigner les déchirures obstétricales du sphincter de l'anus, nous avons utilisé l'acronyme LOSA (Lésions Obstétricales du Sphincter Anal) plutôt que les termes de « périnée complet » ou de « périnée complet compliqué » inscrits dans la classification française. Les LOSA sont aussi désignées par les termes de déchirures périnéales de degré 3 et 4. Les LOSA de 3ème degré avec une atteinte isolée du sphincter anal externe inférieure à 50% sont de type 3a, atteinte du sphincter anal externe supérieure à 50% de type 3b et de type 3c pour les atteintes du sphincter anal interne (muscleuse rectale). Les LOSA de 4ème degré sont celles qui comprennent une atteinte des muqueuses rectales.

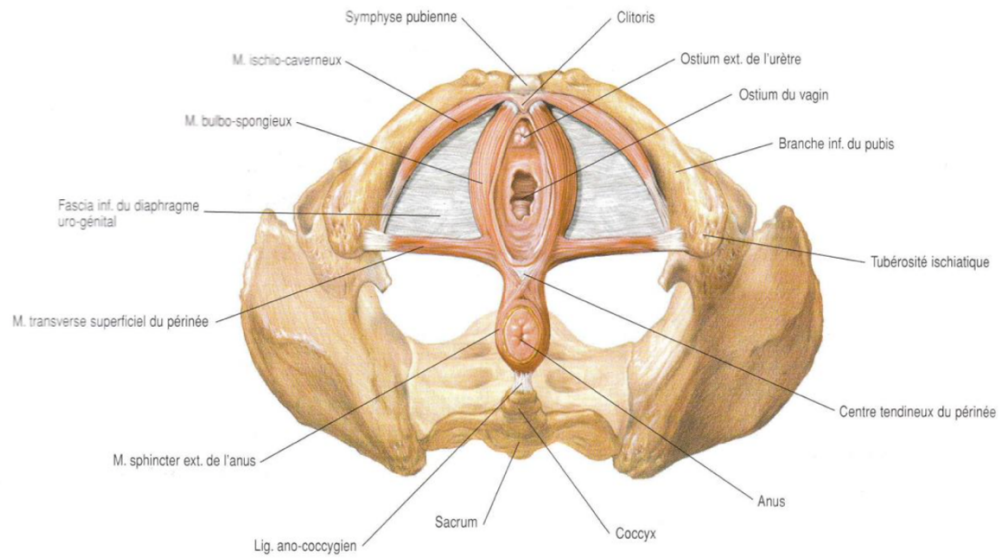
Tableau 1 : Classifications des lésions périnéales obstétricales

Classification française		Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1er degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2ème degré	Muscles du périnée, mais n'atteignant pas le sphincter externe
LOSA	Périnée complet	3ème degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3ème degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3ème degré-c	Sphincter anal externe et interne
	Périnée complet compliqué	4ème degré	Sphincter anal externe et interne et cloison recto-vaginale
A part			Déchirure recto-vaginale sur périnée intact

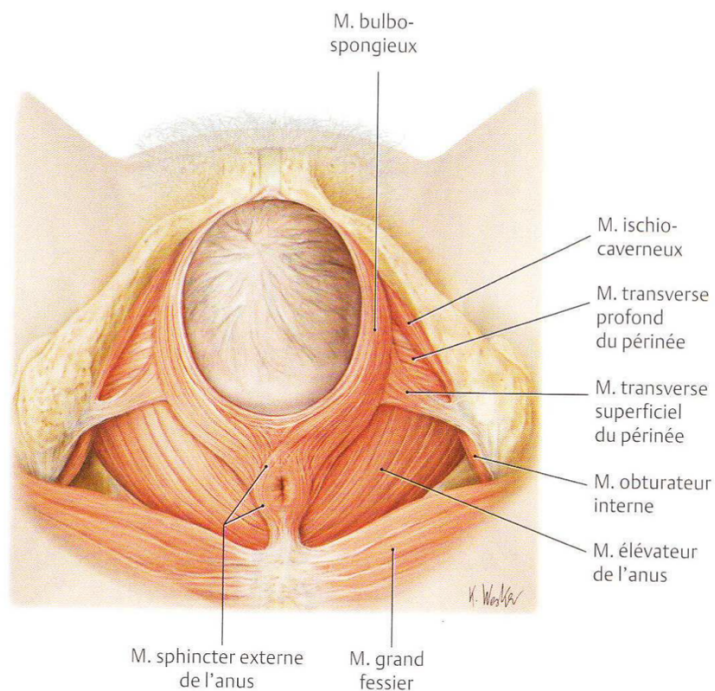
L'accouchement vaginal, et en particulier la descente du mobile fœtal lors de l'expulsion, sollicite le plancher périnéal postérieur et l'appareil sphinctérien anal. Lors de l'engagement dans l'un des diamètres du détroit supérieur, le mobile fœtal va débiter sa descente dans l'excavation pelvienne : le faisceau pelvi-coccygien de l'élévateur de l'anus intervient dans la flexion et la rotation de la présentation puis se distend, permettant l'ouverture de la fente urogénitale. Sous la pression du mobile fœtal, se produit alors une rétropulsion du coccyx entraînant l'étirement de la commissure postérieure de l'anus. Ainsi dans les variétés antérieures de présentation, ce sont les muscles du périnée postérieur qui sont les premiers sollicités et distendus. Simultanément, au cours des efforts expulsifs, il se produit une contraction du faisceau pubo-rectal, qui élève le centre tendineux du périnée, attire le canal anal vers le haut et dilate l'anus. Puis au moment de la déflexion de la présentation, le périnée antérieur se distend, le centre tendineux du périnée s'étale, la distance ano-vulvaire s'allonge, passant de 3-4 cm à 12-15 cm, et l'orifice vulvaire s'agrandit. Lors de l'expulsion, le périnée superficiel est le dernier obstacle de la présentation, l'anneau vulvaire s'horizontalise et se dilate jusqu'à atteindre les dimensions de la circonférence de la présentation fœtale [3, Figure 1, Figure 2].

La déchirure du sphincter anal survient au moment de l'ampliation maximale du périnée postérieur lors de la déflexion de la tête fœtale ou lors du dégagement du bras postérieur.

*Figure 1 : Schéma des muscles du périnée superficiel*



*Figure 2 : Schéma des muscles du plancher pelvien lors de l'expulsion du mobile fœtal*



La prévalence des LOSA toutes populations confondues est estimée entre 0,25% et 6% d'après les dernières recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Selon l'ENP de 2021, les lésions obstétricales du sphincter anal représentent en France 1,1% des déchirures périnéales lors d'un accouchement vaginal. Ce taux est en légère augmentation par rapport à 2016 et 2010 où la prévalence de ces LOSA était de 0,8% pour ces deux années-là. [1,4,5] Dans une enquête nationale suédoise incluant l'ensemble des femmes ayant eu un accouchement vaginal, la prévalence des LOSA passait de 0,5 à 3% entre 1973 et 1997. Il a également été retrouvé une prévalence de LOSA passant de 2 à 4,6% entre 2004 et 2008. Et en Angleterre, une étude retrouvait une prévalence passant de 1,8 à 5,9% entre 2000 et 2012. [6]

La prévalence des LOSA semble avoir augmenté avec les années, peut-être du fait d'une meilleure prise de conscience par les équipes obstétricales de l'importance du diagnostic de LOSA sur le retentissement fonctionnel pour les femmes.

Certaines de ces lésions périnéales sont visibles en salle d'accouchement, comme les LOSA, tandis que d'autres ne seront recherchées qu'à l'occasion de symptômes postnataux dont les patientes se plaindront. Cette sollicitation du plancher pelvien augmente le risque de déchirure du périnée postérieur au court terme puis de symptômes anorectaux au moyen et long terme. Ces lésions obstétricales du sphincter anal mènent à des comorbidités considérables dont l'incontinence anale, l'incontinence urinaire, le prolapsus génital, les fistules rectovaginales et la douleur (dyspareunie, dysurie, dyschésie). Ces symptômes pouvant affecter la qualité de vie de ces femmes ainsi que leur fonction sexuelle. [8,9]

La prévalence des femmes présentant des symptômes anorectaux augmente avec la sévérité des lésions. Les LOSA avec une atteinte isolée du sphincter anal externe (3a et 3b) semblent avoir un meilleur pronostic fonctionnel que les LOSA avec une atteinte du sphincter anal interne ou de la muqueuse rectale (3c et 4). [10] Au long terme, 35 à 60% des femmes ayant eu une LOSA présentent une incontinence anale ou fécale, d'où l'importance

du diagnostic clinique lors du post-partum immédiat et de sa réparation minutieuse. [6]

Il s'agit alors d'un problème majeur pour la vie des femmes et les acteurs principaux dans la prévention, le dépistage et la réparation de ces LOSA concernent les sage-femmes, les gynécologues et obstétriciens, les internes ainsi que les étudiants sage-femmes.

Selon une méta analyse publiée en 2014 regroupant 22 études et 651 934 patientes, les facteurs de risques de LOSA retrouvés sont les suivants : l'épisiotomie, l'accouchement instrumental, l'anesthésie péridurale, l'induction du travail, un travail long, la primiparité, l'ethnie asiatique, la présentation postérieure et un poids de naissance important. [7]

Par ailleurs, selon le CNGOF, les principaux facteurs de risques associés à la survenue de lésions obstétricales du sphincter anal sont la nulliparité et l'accouchement instrumental. Les autres sont l'âge maternel élevé, l'antécédent de LOSA, la macrosomie, l'épisiotomie médiane, la présentation céphalique en variété postérieure et un travail long. [11]

En 2018, des recommandations pour la pratique clinique (RCP) ont été émises par le CNGOF sur la prévention et la protection périnéale en obstétrique. [11,12,13,14]

En premier lieu, ces recommandations concernent la période anténatale avec trois interventions : le massage périnéal prénatal, l'utilisation du dispositif Epi-No ainsi que les exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien. [11]

Le massage périnéal au cours de la grossesse diminue le taux d'épisiotomie ainsi que les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz dans le post-partum. En revanche il ne diminue pas le taux de LOSA ou le taux d'incontinence urinaire dans le post-partum. Ce qui semble être efficace est un massage périnéal pratiqué au minimum trois fois par semaine et débiter à 36 semaines d'aménorrhées (SA). Ainsi, selon le CNGOF, le massage

périnéal en période prénatal doit être encouragé chez les femmes souhaitant le pratiquer (Grade B).

Le dispositif Epi-No est un dispositif médical ayant pour but de préparer le périnée à l'accouchement et d'éviter une épisiotomie et/ou une déchirure périnéale. Il s'agit d'un ballon vaginal, gonflé à l'aide d'une pompe manuelle, que la femme s'entraîne à expulser. Le Collège s'accorde, selon une revue systémique de 5 essais randomisés (Brito 2015), que l'utilisation de ce dispositif n'apporte pas de bénéfice en termes de protection périnéale obstétricale. La diminution du nombre de LOSA n'a pas été observée, ainsi son utilisation pendant la grossesse n'est pas recommandée pour prévenir les LOSA (Grade B).

Enfin, les exercices prénataux de renforcement des muscles du plancher pelvien ne préviennent pas du risque de lésions périnéales obstétricales. Ainsi pour la prévention des LOSA il n'est donc pas recommandé de pratiquer ces exercices (Grade B).

Dans un second temps, ces RCP concernent les interventions durant la période du travail visant à diminuer les lésions périnéales, en particulier les lésions obstétricales du sphincter anal. [12]

D'après le CNGOF, il n'y a pas de recommandation de posture maternelle particulière lors de la première phase du travail visant à diminuer le risque de LOSA (Grade C). Il n'y a également pas lieu de recommander une posture plutôt qu'une autre lors de la phase active du travail (Grade B). Selon un accord professionnel, il est donc recommandé de laisser la femme choisir la position la plus confortable pour elle durant le premier et le second stade du travail.

La littérature ne permet pas de statuer sur l'intérêt de la réalisation d'une rotation manuelle à dilation complète en cas de variété postérieure pour diminuer le risque déchirure périnéale.

Les poussées retardées augmentent les chances d'accouchement spontané. Le CNGOF recommande donc, quand l'état maternel et fœtal le permettent, de retarder le début des efforts expulsifs (Grade A). Ce délai peut s'étaler jusqu'à trois heures à partir de l'obtention de la dilation complète du col chez les primipares et il est raccourci à deux heures chez les multipares.

Il n'y a pas d'arguments en faveur de recommandation sur une technique de poussée plutôt qu'une autre afin de diminuer le risque de LOSA (Grade B). Il est recommandé d'encourager la femme à pousser de la manière la plus efficace (Accord professionnel).

L'application de compresses chaudes ou le massage périnéal semble diminuer le risque de lésions du sphincter anal, cependant le CNGOF n'a pas pu statuer sur l'intérêt de ces techniques au vu des données existantes.

Par ailleurs, la réalisation d'un accouchement instrumental à seule fin de diminuer la durée du deuxième stade du travail pourrait augmenter la survenue de LOSA (NP3).

Enfin, dans un troisième et dernier temps, des recommandations de prévention et protection périnéale en obstétrique ont été émises sur la période de l'expulsion du mobile fœtal. [13]

Tout d'abord, il en ressort que le degré d'ampliation du périnée au cours du dégagement ne semble pas être un facteur de risque de lésion obstétrical du sphincter anal (NP3), ainsi une ampliation importante du périnée n'est pas une indication d'épisiotomie (Accord professionnel). L'indication d'une épisiotomie au cours d'un accouchement doit être en fonction de facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (Accord professionnel). L'épisiotomie doit être pratiquée de manière médio-latérale. Ainsi au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (Grade A). Cependant la pratique de l'épisiotomie au cours d'un accouchement instrumental semble être associée à une réduction du risque de LOSA, elle peut donc être indiquée pour éviter ces lésions (Grade C).

Concernant les accouchements instrumentaux, l'utilisation d'une ventouse semble générer moins de LOSA et doit être utilisée préférentiellement si possible (Grade C). Si l'utilisation d'un autre instrument est nécessaire (forceps ou spatules), il est préférable que celui-ci soit retiré juste avant la déflexion de la présentation céphalique et de ne pas faire naître l'enfant coiffé de ces instruments (Accord professionnel).

Le soutien du périnée postérieur et le contrôle manuel du dégagement de la présentation lors de l'expulsion semblent diminuer le taux d'incidence de LOSA. Ralentir le dégagement de la tête fœtale et indiquer aux femmes de

ne pas pousser lors de celui-ci est associé à une diminution de l'incidence des LOSA de 50 à 70%. Ainsi, le CNGOF recommande de contrôler manuellement le dégagement de la présentation et de soutenir le périnée postérieur (Grade C).

La formation à la protection périnéale des professionnels de la naissance réduit le risque de LOSA au cours d'un accouchement instrumental, cette formation est donc recommandée (Grade B).

Juste après l'accouchement, il est recommandé d'examiner minutieusement le périnée à la recherche d'une LOSA. En cas de doute diagnostique, un second avis doit être demandé au sénior de garde pour confirmer ces lésions. Il est également recommandé par le CNGOF de décrire de manière détaillée dans le dossier médical les lésions (avec leur degré) ainsi que leurs réparations (Grade C). [14]

Cependant, malgré la bonne application de ces recommandations de prévention et protection périnéale ainsi que la connaissance des principaux facteurs de risques de survenue des LOSA, l'accouchement vaginal reste encore compliqué par la survenue de ces lésions.

Face à ce constat, une étude a été menée avec pour question de recherche : Existe-il un profil obstétrical se dégageant des patientes ayant eu une LOSA lors de l'accouchement ?

L'objectif de recherche de cette étude est de décrire les circonstances de grossesse et d'accouchement pouvant être en lien avec la survenue d'une LOSA chez les femmes ayant accouché au sein de la maternité de niveau IIb du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon Sainte Musse.

Le sous-objectif est de discuter les résultats avec les données retrouvées dans la littérature.

## MATERIELS ET METHODE

Il est rappelé que l'objectif de recherche était de décrire les circonstances de grossesse et d'accouchement pouvant être en lien avec la survenue d'une lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA). Le sous-objectif était, quant à lui, de discuter les résultats trouvés sur le CHITS (Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon Sainte Musse) avec les données existantes retrouvées dans la littérature.

Pour répondre à ces objectifs, il a été mené une étude descriptive avec une approche quantitative rétrospective sur les patientes ayant eu une LOSA lors de leur accouchement au sein de la maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon Sainte Musse (CHITS), maternité de niveau 2b accomplissant environ 3000 accouchements par an. Afin d'obtenir une taille de population la plus importante, les dossiers sélectionnés ont concerné la période comprise entre 2016 et 2021 compte tenu de la prévalence des LOSA qui est faible. En effet, le but de cette étude est de dresser un profil obstétrical de femmes chez une population ayant présenté un phénomène de santé (il s'agit dans cette étude des femmes dont l'accouchement a été marqué par une LOSA), confirmant ainsi ce choix méthodologique.

Une autorisation de consultation des dossiers a été nécessaire avant de débiter cette étude, cette demande a été effectuée auprès du CHITS par le Dr Franck MAUVIEL, directeur de ce mémoire et chef de service du pôle de gynécologie et d'obstétrique.

Toutes les patientes ayant accouché par les voies naturelles entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2021 et présentant une lésion obstétricale du sphincter anal ont été incluses dans cette étude.

L'identité des patientes a pu être récupérée par ce biais grâce à la codification des dossiers avec la notion « déchirure périnéale grade 3 ou 4 » dans le PMSI du CHITS très exhaustif et bien codé.

Pour tous les dossiers sélectionnés, le diagnostic de LOSA a été confirmé lors de l'examen clinique périnéale, au décours de l'accouchement et de la délivrance. Ce diagnostic pouvait être établi par la personne ayant réalisé l'accouchement, soit la sage-femme, l'obstétricien ou l'interne, et était systématiquement confirmé par l'obstétricien sénior de garde. Pour classer les déchirures périnéales obstétricales, nous avons utilisé la classification de l'OMS-RCOG en 4 degrés de gravité.

Le critère d'inclusion retenu a été : patientes ayant eu un diagnostic confirmé de LOSA lors de leur accouchement entre 2016 et 2021 au sein du CHITS. Aucun critère de non-inclusion a été retenu. Le seul critère d'exclusion a été la gémellité, portant le nombre de dossiers retenus pour cette étude à 115.

Les données ont été recueillies manuellement à partir des dossiers médicaux papiers des patientes et des nouveau-nés, et transcrits anonymement dans une grille de recueil construite sur le logiciel Excel. Ces données comprenaient les éléments permettant de décrire la population étudiée et les variables permettant d'évaluer les facteurs de risques en lien avec le travail, l'expulsion et le nouveau-né.

**Description de la population étudiée :**

- Âge maternel
- L'indice de masse corporelle
- Gestité
- Parité
- Antécédent de LOSA
- Antécédent d'épisiotomie
- Présence d'une infection génitale pendant la grossesse

**Variables mesurées pour évaluer les facteurs de risques en lien avec le travail :**

- Présence d'un déclenchement et sa méthode associée
- Remplissage vasculaire
- Durée du travail
- Durée d'ouverture de l'œuf
- Échographie pendant le travail et son indication
- Durée de l'anesthésie péridurale

**Variables mesurées pour évaluer les facteurs de risques en lien avec l'expulsion fœtale :**

- Durée des efforts expulsifs
- Hauteur de la présentation lors du début des efforts expulsifs
- Position d'accouchement
- Présentation fœtale au début des efforts expulsifs
- Présentation fœtale lors de la naissance
- Réalisation d'une épisiotomie
- Type de LOSA
- Instrument d'extraction
- Hauteur de la présentation lors de la pose de l'instrument
- Présence d'une dystocie des épaules
- Manœuvres obstétricales effectuées

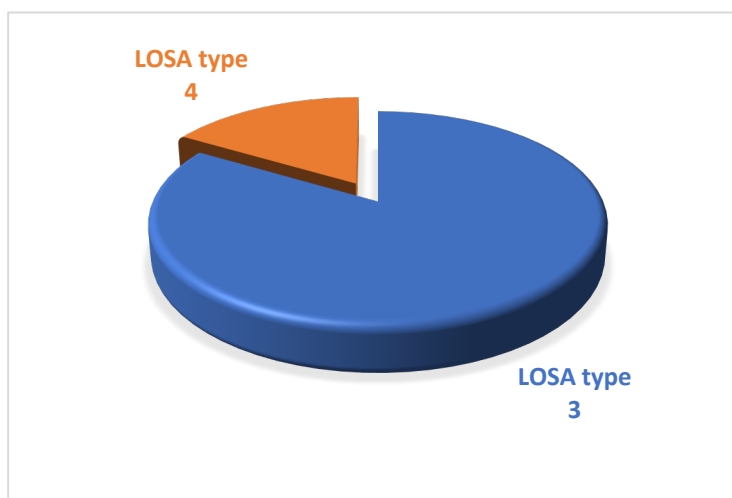
**Variables mesurées pour évaluer les facteurs de risques en lien avec le fœtus / nouveau-né :**

- Âge gestationnel
- BIP lors de l'échographie du 3<sup>e</sup> trimestre
- PC lors de l'échographie du 3<sup>e</sup> trimestre
- PA lors de l'échographie du 3<sup>e</sup> trimestre
- EPF lors de l'échographie du 3<sup>e</sup> trimestre
- PC à la naissance
- Poids de naissance
- Audipog

## RÉSULTATS

Parmi les 115 patientes incluses dans l'étude, 96 (83,5%) avaient une lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA) de degré 3, et 19 (16,5%) avaient une LOSA de degré 4.

Figure n° 3 : Représentation des patientes incluses dans cette étude selon le type de déchirure associée



### Description de la population étudiée

Les patientes incluses dans cette étude avaient un âge maternel médian, au moment de l'accouchement, de 28,41 années (+/- 4,25). L'indice de masse corporelle (IMC) médian, avant la grossesse, était de 22,6 kg/m<sup>2</sup>. Dix patientes (8,8%) avaient un IMC inférieur à 18,5, signifiant une insuffisance pondérale. Un IMC normal, soit entre 18,5 et 24,9, était retrouvé pour 83 patientes (72,8%). Treize patientes (11,4%) présentaient un surpoids avec un IMC compris entre 25 et 29,9. Enfin 8 patientes (7%) étaient en obésité, avec un IMC supérieur à 30. La gestité moyenne des patientes de cette étude était de 1,78. Elle était égale à 1 pour 59 d'entre elles (51,3%), égale à 2 pour 36 (31,3%) et enfin supérieure ou égale à 3 pour 20 patientes (17,4%). Il s'agissait d'un premier accouchement pour 88 patientes (76,5%), d'un second pour 25 autres (21,7%) et d'un troisième pour seulement 2 d'entre elles (1,7%). Parmi ces 115 femmes, seulement une présentait un

antécédent de déchirure de lésion obstétricale du sphincter anale (0,9%) et 3 patientes un antécédent d'épisiotomie (2,6%). Enfin, sur 112 patientes, une infection génitale pendant la grossesse était retrouvée chez 23 d'entre elles (20,5%).

Tableau n°2 : Caractéristiques de la population étudiée  
(IMC : indice de masse corporelle)

	<b>Population totale</b>	<b>IC95</b>	<b>Valeur minimale</b>	<b>Valeur maximale</b>
<b>Age maternel (années)</b>	28,41(+/- 4,25)	0,02	20	39
<b>IMC (kg/m2)</b>	22,6 (+/-4,01)	0,02	16,16	38,10
<18,5	10 (8,8%)			
18,5 - 24,9	83 (72,8%)			
25 - 29,9	13 (11,4%)			
>/= 30	8 (7%)			
<b>Gestité</b>	1,78	-	1	13
=1	59 (51,3%)			
=2	36 (31,3%)			
=3	15 (13,0%)			
>3	5 (4,4%)			
<b>Parité</b>		-	0	2
=0	88 (76,5%)			
=1	25 (21,7%)			
=2	2 (1,7%)			
<b>Antécédent de LOSA</b>		-	-	-
OUI	1 (0,9%)			
<b>Antécédent d'épisiotomie</b>		-	-	-
OUI	3 (2,6%)			
<b>Infection génitale pendant la grossesse</b>		-	-	-
OUI	23 (20,5%)			
Non indiqué	3			

## Description des variables mesurées pour évaluer les facteurs de risques en lien avec le travail

Parmi ces 115 femmes, l'accouchement a dû être déclenché pour 29 d'entre elles (25,2%). Sept patientes ont eu recours à un déclenchement par de l'oxytocine (24,1%), 9 par des prostaglandines (31,0%) et enfin 13 femmes ont eu un déclenchement à l'aide de ces deux hormones successivement (44,9%). Le remplissage vasculaire moyen de ces femmes était d'1,19 litres (+/- 0,54). Seulement cinq de ces femmes n'ont eu aucun remplissage vasculaire (4,3%), 85 ont reçu 1 litre et enfin 25 un volume supérieur à 1L (21,7%). La durée moyenne du travail actif était de 5,3 heures (+/- 2,96) et la durée moyenne sous anesthésie péridurale était de 4,91(+/- 3,05). La durée d'ouverture de l'œuf moyenne était de 12,59 heures (+/- 28,03). Par ailleurs, cette durée d'ouverture de l'œuf était supérieure à 12 heures pour 29 patientes (25,2%). Pendant le travail, 23 parturientes ont dû recevoir une échographie d'orientation pour connaître la variété de présentation fœtal (20%).

Tableau n°3 : Caractéristiques du travail

(APD : anesthésie péridurale)

	Population totale	IC95	Valeur minimale	Valeur maximale
<b>Déclenchement</b>				
Aucun	86 (74,8%)	-	-	-
OUI, Méthode :	29 (25,2%)			
Oxytocine	7 (24,1%)			
Prostaglandines	9 (31,0%)			
Prostaglandines + Oxytocine	13 (44,9%)			
<b>Remplissage vasculaire (litres)</b>				
	1,19L (+/- 0,54)	0	0	3
0	5 (4,3%)			
1L	85 (74%)			
>1L	25 (21,7%)			

<b>Durée du travail (heures)</b>	5,3 (+/-2,96)	0,02	0,73	16
<b>Durée sous APD (heures)</b>	4,91 (+/-3,05)	0,02	0	15
<b>Durée d'ouverture de l'œuf (heures)</b>	12,59 (+/- 28,03)	0,16	0,02	264
>12heures	29 (25,2%)			
<b>Échographie d'orientation pendant le travail</b>	23 (20%)	-	-	-

### **Description des variables mesurées pour évaluer les facteurs de risques en lien avec l'expulsion fœtale**

La durée moyenne des efforts expulsifs était de 23,7 minutes (+/- 13,3). Lors du début de ces efforts expulsifs, la hauteur de la présentation fœtale dans le bassin osseux, était partie basse pour 22 fœtus, partie moyenne pour 66 (57,3%) d'entre eux, partie haute pour 26 autres et enfin 1 fœtus était au-dessus du détroit supérieur, donc non engagé dans le bassin. La position d'accouchement était gynécologique pour toutes les 115 patientes incluses dans cette étude. Lors du début des efforts expulsifs, la présentation fœtale était en occipito-pubien (OP) pour 65 fœtus (56,5%), en occipito-iliaque-gauche-antérieur (OIGA) pour 8 fœtus et en occipito-iliaque-droite antérieur (OIDA) pour 15 autres. La présentation était une variété postérieure en occipito-sacrée pour 16 fœtus (13,9%), en droite postérieure pour 8 d'entre eux et un seul était en gauche postérieur. Deux fœtus se trouvaient quant à eux dans une variété transverse. A l'expulsion, ces présentations fœtales étaient quant à elles en OP pour 91 fœtus (56,5%), en OS pour 20 autres (17,4%) et transverse pour l'un d'entre eux. Lors de leur accouchement, 24 patientes (20,9%), se sont vu recevoir une épisiotomie lors de la phase d'expulsion. Pour 65 femmes (56,5%), une extraction instrumentale a été réalisée dont 12 avec l'utilisation d'une ventouse, 51 avec des spatules et seulement 2 à l'aide de forceps. La hauteur de pose de ces

instruments était partie basse pour 5 patientes, partie moyenne pour 51 autres patientes et enfin partie haute pour les 9 patientes restantes. L'accouchement a été compliqué d'une dystocie des épaules pour 4 parturientes (3,5%) et 22 (19,1%) ont dû recevoir des manœuvres obstétricales, toutes confondues.

*Tableau n°4 : Caractéristiques de l'accouchement et du mobile fœtal (EE : efforts expulsifs ; OP : occipito-pubien ; OS : occipito-sacrée ; OIGA : occipito-iliaque gauche antérieure ; OIDA : occipito-iliaque droite antérieure ; OIGP : occipito-iliaque gauche postérieure ; OIDP : occipito-iliaque droite postérieure)*

	<b>Population totale</b>	<b>IC95</b>	<b>Valeur minimale</b>	<b>Valeur maximale</b>
<b>Durée des EE (minutes)</b>	23,7 (+/-13,3)	2,42	1	65
<b>Hauteur de la présentation au DEE</b>		-	-	-
Au-dessus du DS	1			
Partie haute	26			
Partie moyenne	66 (57,3%)			
Partie basse	22			
<b>Position d'accouchement</b>		-	-	-
Gynécologique	115 (100%)			
<b>Présentation fœtale au DEE</b>		-	-	-
OP	65 (56,5%)			
OIGA	8			
OIDA	15			
OS	16 (13,9%)			
OIDP	8			
OIGP	1			
Transverse	2			
<b>Présentation fœtale à l'expulsion</b>		-	-	-
OP	91 (79,1%)			
OIGA	1			
OIDA	1			

OS	20 (17,4%)			
OIDP	1			
OIGP	1			
Transverse	1			
<b>Réalisation d'une épisiotomie</b>	24 (20,9%)	-	-	-
<b>Réalisation d'une extraction instrumentale</b>		-	-	-
OUI	65 (56,5%)			
Avec :				
Ventouse	12			
Spatules	51			
Forceps	2			
<b>Hauteur de pose de l'instrument</b>		-	-	-
Au-dessus du DS	0			
Partie haute	9			
Partie moyenne	51			
Partie basse	5			
<b>Dystocie des épaules</b>	4 (3,5%)	-	-	-
<b>Manœuvres obstétricales</b>	22 (19,1%)	-	-	-

## **Description des variables mesurées pour évaluer les facteurs de risques en lien avec le fœtus / nouveau-né**

L'âge gestationnel moyen à la naissance des nouveau-nés était de 39,8 semaines d'aménorrhées (SA) (+/- 1,4). Pour 60 d'entre eux l'âge gestationnel était supérieur à 40 SA (52,2%) et pour 24, un âge gestationnel supérieur à 41 SA (20,9%). Lors de l'échographie du 3<sup>ème</sup> trimestre, le diamètre bipariétal (BIP) moyen des fœtus était estimé au 58,2<sup>ème</sup> percentile (+/-26), avec pour l'un d'entre eux un BIP estimé supérieur au 95<sup>ème</sup> percentile (0,9%). Le périmètre crânien (PC) était quant à lui estimé en moyenne au 61<sup>ème</sup> percentile (+/- 22,8), avec également un seul fœtus estimé avec un PC supérieur au 95<sup>ème</sup> percentile (0,9%). Le périmètre abdominal (PA) moyen était au 59,5<sup>ème</sup> percentile (+/- 23), avec encore un seul fœtus estimé avec un PA supérieur au 95<sup>ème</sup> percentile (0,9%). Selon la formule d'Hadlock, l'estimation du poids fœtal moyen était estimé au 51,4<sup>ème</sup> percentile (+/-25,7). Le poids de naissance moyen des nouveau-nés était de 3431g (+/- 422,5). Dix-huit avaient un poids de naissance supérieur à 3800g (15,7%) et 9 un poids supérieur à 4000g (7,8%). Enfin, selon les courbes de croissance Audipog, les nouveau-nés avaient un Audipog moyen estimé au 56,85<sup>ème</sup> percentile (+/- 24,3). L'Audipog était supérieur au 90<sup>ème</sup> percentile pour 8 d'entre eux (7,0%) et supérieur au 95<sup>ème</sup> percentile pour 2 nouveau-nés (1,7%).

Tableau n°5 : Caractéristiques fœtales

(BIP : diamètre bipariétal ; PC : périmètre crânien ; PA : périmètre abdominal ; EPF : estimation du poids fœtal)

	Population totale	IC95	Valeur minimale	Valeur maximale
<b>Age gestationnel (semaines d'aménorrhées)</b>	39,8 (+/-1,4)	0,01	32,57	42
>40 SA	60 (52,2%)			
>41 SA	24 (20,9%)			
<b>BIP T3 (percentile)</b>	58,2 (+/- 26)	0,16	3	96
>95 <sup>ème</sup>	1 (0,9%)			
<b>PC T3 (percentile)</b>	61,0 (+/- 22,8)	0,13	6	97
>95 <sup>ème</sup>	1 (0,09%)			
<b>PA T3 (percentile)</b>	59,5 (+/-23)	0,14	8	97
>95 <sup>ème</sup>	1 (0,9%)			
<b>EPF T3 (percentile)</b>	51,4 (+/- 25,7)	0,15	8	97
>95 <sup>ème</sup>	0			
<b>PC de naissance (centimètres)</b>	34,6 (+/-1,2)	0,01	32	38
>35cm	27 (23,5%)			
>36cm	5 (4,3%)			
<b>Poids de naissance (grammes)</b>	3431 (+/-422,5)	2,46	2050	4450
>3800g	18 (15,7%)			
>4000g	9 (7,8%)			
<b>Audipog (percentile)</b>	56,85 (+/-24,3)	0,14	0,82	99,66
>90 <sup>ème</sup>	8 (7,0%)			
>95 <sup>ème</sup>	2 (1,7%)			

## **ANALYSE ET DISCUSSION**

### **Limites et biais de l'étude**

L'étude menée pour ce travail de recherche est limitée par certains facteurs. Le faible effectif de cette étude restreint l'interprétation des résultats obtenus et l'étude ne peut donc prétendre répondre à une hypothèse scientifique.

Une des limites de cette étude est que l'on ne pourra pas comparer ces facteurs de risques dans la population des femmes ayant ces mêmes facteurs de risques mais n'ayant pas eu de LOSA, soit un groupe témoin.

Cette étude est également limitée par le caractère peu fréquent de cette complication de l'accouchement.

Par ailleurs, cette étude est exposée à un biais d'information, en effet, certaines données n'étaient parfois non mentionnées dans les dossiers recueillis. Par exemple, la présence d'une infection génitale pendant la grossesse n'était parfois pas renseignée dans le dossier médical ou encore certains résultats d'échographies.

Enfin, il est possible d'envisager un biais linguistique puisque les articles retenus étaient uniquement rédigés en français ou en anglais. Par ailleurs, la significativité des études influence la langue de publication puisque les résultats significatifs sont généralement publiés en anglais ainsi qu'à l'international alors que les résultats trop peu ou non significatifs sont publiés dans la langue du pays d'origine.

## **Discussion**

L'objectif de recherche de cette étude était de décrire les circonstances de grossesse et d'accouchement pouvant être en lien avec la survenue d'une LOSA.

### *Caractéristiques de la population*

Comme mentionné dans les résultats, l'âge maternel moyen retrouvé dans la population étudiée est inférieur à 30ans. Les résultats de cette série, bien que limité à 115 patientes, ne semble pas aller dans le sens des données retrouvées dans la littérature. Des études réalisées par Mac Arthur ainsi que Angioli rapportent qu'un âge maternel élevé, supérieur à 30 ans, augmente de façon accrue le risque de LOSA. [15,16]

Les résultats de cette étude semblent suggérer qu'un IMC normal voir bas serait un facteur de risque de survenue de LOSA. Par ailleurs, une étude menée par Bennaza N., a montré que la surcharge pondérale apparaissait comme un facteur protecteur. [3]

La primiparité est pour la majorité des auteurs un facteur de risque indépendant des LOSA. Il s'agit du facteur de risque le plus important selon de multiples études. Cependant, une étude menée par Hudelist et al. ne retrouve pas la primiparité comme facteur de risque indépendant. Seulement 46 LOSA ont été retrouvés après une analyse de 5377 accouchements par les voies naturelles. Ici, les résultats de cette étude s'accorderaient sur le fait que la primiparité serait un facteur de risque de LOSA. En effet, plus de trois quarts des patientes sont des primipares dans la population. Ces résultats laissent donc suggérer, sans pouvoir établir de façon statistique, que ce la primiparité serait liée à un risque plus augmenté de LOSA lors de l'accouchement. [6,7,17,18]

Selon T. Thubert, et al. en cas d'antécédant de LOSA, la prévalence de récidive varie entre 5 et 10% à l'accouchement suivant. Ici, seulement une patiente présentait un antécédent de lésion sphinctérienne. [6]

Dans la littérature, il est retrouvé qu'un périnée fragile, œdédié, cicatriciel ou hypoplasique est un facteur de risque. L'infection vaginale à type de vaginose ou vaginite fragilise également les tissus. Cette étude montre qu'une femme sur cinq présentait une infection vaginale lors de sa grossesse. Les résultats de cette série, permettent d'aller dans le sens d'un facteur de risque sans pour autant être significatif.

#### *Caractéristiques du travail*

Selon la méta analyse menée par Pergialiotis V. et al. l'induction du travail est un facteur de risque de LOSA. Les résultats de cette étude montrent qu'une femme sur quatre a eu recours à un déclenchement du travail pour leur accouchement. Cependant, les résultats ne révèlent pas l'utilisation d'une méthode de déclenchement pourvoyant la survenue des LOSA. Cette donnée laisse donc suggérer, sans pouvoir affirmer de manière statistique, qu'il existe donc un lien entre l'induction du travail et la survenue de LOSA. [7]

Il n'est pas possible ici d'apprécier le remplissage vasculaire comme étant un facteur de risque car aucune donnée n'est retrouvée dans la littérature.

Selon le CNGOF, la phase active du travail connaît une durée moyenne entre 5 à 7 heures chez les nullipares et entre 2 et 4 heures chez les multipares. Ici, la durée moyenne du travail est similaire à celle donnée par le CNGOF. Cependant, d'après Groutz. A et al. le travail long augmente considérablement le risque de survenue des lésions du troisième et quatrième degré. Il est également établi comme étant un facteur de risque avéré par Pergialiotis V. et al. [7,19]

La méta-analyse de Pergialiotis V. et al. a également pu démontrer que l'anesthésie péridurale est un facteur de risque de survenue de LOSA lors de l'accouchement. Onze études incluant 66 044 femmes ont permis de montrer que les femmes souffrant d'une déchirure périnéale de degré 3 ou 4 se sont vu proposer une anesthésie péridurale significativement plus souvent que le groupe témoin. [7,20]

Dans cette étude la durée moyenne d'ouverture de l'œuf est supérieure à 12 heures. Une femme sur quatre a une durée d'ouverture de l'œuf supérieure à 12 heures. D'après l'ENP de 2021, seulement 17 % des femmes ont eu une durée de rupture de la poche des eaux supérieure à 12 heures lors de leur accouchement. Il n'est pas possible d'apprécier de lien entre une durée d'ouverture de l'œuf supérieur à 12 heures et une augmentation du risque de survenue de LOSA car la différence observée entre ces deux résultats n'est pas significative. [1]

### *Caractéristiques de l'accouchement et du mobile fœtal*

En France, le CNGOF précise par ses recommandations de 2011, que des efforts expulsifs différés (deux heures après le diagnostic de dilatation complète pour les multipares et trois heures pour les nullipares) diminuent le nombre d'extractions instrumentales difficiles (Grade A). Ce temps permet à la présentation fœtale de s'engager dans le petit bassin et ainsi de descendre dans l'excavation pelvienne le plus possible afin de diminuer la durée des efforts expulsifs. De nombreuses études vont dans ce sens, permettant de conclure que cela pourrait réduire les accouchements difficiles et la durée des efforts expulsifs. Dans notre série, plus de la moitié des fœtus se présentaient au détroit moyen lors de l'installation pour débuter les efforts expulsifs, et seulement un seul n'était pas engagé dans l'excavation pelvienne.

La durée moyenne des efforts expulsifs est supérieure à 30 minutes dans cette étude. Selon les recommandations de 2016 CNGOF, la littérature française a permis de mettre en évidence que la durée d'expulsion est inférieure à 40 minutes dans 90% des cas. Une étude réalisée en 2014 sous

forme de sondage auprès de 1496 sage-femmes a rapporté un temps de poussée maximum moyen de 35,3 minutes. Ces résultats laissent donc suggérer, sans pouvoir affirmer de manière significative, que la durée d'efforts expulsifs ne semble pas être en lien avec la survenue de LOSA lors de l'accouchement. [21]

Barbier et al. ainsi que Pergialiotis V. et al. ont démontré que la présentation fœtale postérieure est un facteur de risque significatif ( $p < 0,001$ ) de lésion obstétricale du sphincter anal. Dans le même sens, une étude menée par Wu et al. incluant 393 patientes, montre une augmentation du risque relatif par quatre lors du dégagement de la présentation en occipitosacrée (OS). La présentation céphalique en OS est la plus fréquente des malpositions fœtales en position céphalique lors du dégagement. Une rotation manuelle de la tête fœtale pourrait être pratiquée chez les femmes pour diminuer cette fréquence de malposition. [7,18,22] Dans cette étude, la présentation postérieure représente un peu moins de 20 % des présentations de dégagement. Une patiente sur cinq a reçu une échographie de contrôle de la variété de présentation lors du travail.

Les résultats de cette étude révèlent que sur les patientes, ayant eu une LOSA au cours de leur accouchement incluent dans cette étude, plus d'une femme sur 2 a eu un accouchement instrumental, dont la grande majorité était avec des spatules. Dans près de 80 % de ces accouchements, l'instrument était posé lorsque la présentation fœtale était engagée dans le détroit moyen. En France, selon l'Enquête nationale périnatale de 2021, le taux d'accouchement instrumentale représentait 12 % des accouchements par les voies naturelles, et la majorité par était pratiquée avec l'utilisation d'une ventouse. La littérature s'accorde dans le sens que l'accouchement instrumental représente un risque significatif de survenue de LOSA. En accord avec les résultats de notre série, Harvey M-A. a mis en évidence que ces lésions obstétricales du sphincter anal sont le plus souvent associées aux accouchements par forceps ou spatules qu'aux accouchements par ventouse. [1,8]

La réalisation d'une épisiotomie lors de l'accouchement représente 1 femme sur 5 dans cette série. Les données concernant l'association d'un périnée complet et l'épisiotomie médio-latérale sont cependant variables selon les auteurs. Plusieurs auteurs tels que Revicky et Parnell semblaient retrouver un rôle protecteur de l'épisiotomie médio-latérale variable selon les caractéristiques obstétricales. Revicky dans une étude portant sur 10 314 patientes ayant accouché par voie basse retrouvaient que les patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie avaient un surrisque de périnée complet par rapport aux patientes ayant eu une épisiotomie médio-latérale. Parnell et al. dans une étude cas-témoins prospective incluant 254 patientes, retrouvaient une prévalence plus importante de périnée complet du 4<sup>e</sup> degré en cas d'extraction par ventouse sans épisiotomie comparé à une extraction par ventouse avec épisiotomie. Cependant, cet effet protecteur n'a pas été clairement démontré. Enfin, Zetterstorm et al. retrouvait comme facteur de risque dans une analyse multivariée l'épisiotomie médiale. En revanche, l'angle d'incision ne semblait pas influencer la survenue d'un périnée complet. Malgré ça, la méta analyse publiée en 2014 de Pergialiotis et al. incluant 22 études ainsi que le CNGOF s'accordent pour retenir que l'épisiotomie médiane est un facteur de risque significatif de survenue de LOSA. [7,23,24,25]

Enfin, l'étude réalisée par Barbier et al. a permis de montrer que la difficulté aux épaules était un facteur de risque de lésion sévère périnéale, en accord avec les données retrouvées dans la littérature. Dans son étude, 6% des patientes ayant eu une LOSA, ont eu leur accouchement compliqué par la survenue d'une difficulté aux épaules. Les résultats de notre étude montrent quant à eux cette complication retrouvée chez 3,5%. [18]

### *Caractéristiques fœtales*

Les résultats de cette étude montrent que l'âge gestationnel (AG) moyen, chez les patientes ayant eu une lésion obstétricale du sphincter anal, était de 39,8 semaines d'aménorrhées (SA) et plus de la moitié des fœtus avaient un AG supérieur à 40 SA. Cet âge gestationnel est retrouvé dans l'étude réalisée par Barbier et al. Cependant, Villot A. et al ont démontré par une analyse multivariée que l'AG supérieur à 42 SA était un facteur de risque significatif. [18,26]

Enfin, Barbier et al. n'a pas trouvé de différence significative, entre le groupe témoin et le groupe présentant la survenue de LOSA, concernant le poids de naissance (3381,4 versus 3388,8,  $p = 0,93$ ), l'existence d'une macrosomie (11 versus 9 %,  $p = 0,68$ ), le périmètre crânien (347 mm versus 346 mm,  $p = 0,65$ ) ou le diamètre bipariétal (938 versus 941 mm,  $p = 0,6$ ). Les résultats de notre série correspondent avec ceux retrouvés dans le groupe des cas de cette étude. Ces résultats laissent donc suggérer sans pouvoir affirmer d'un point de vue statistique, que les paramètres fœtaux ne sont donc pas associés à une augmentation de la survenue des lésions obstétricales du sphincter anal. [18]

## CONCLUSION

Les lésions obstétricales du sphincter anal et leurs complications est un sujet dont l'étude est rendue difficile par la faible incidence de ce symptôme et la généralisation difficile des résultats.

Cette étude a néanmoins permis d'apporter des réponses à la question de recherche posée permettant de mettre en évidence un profil obstétrical chez les patientes dont l'accouchement a été compliqué d'une LOSA.

En accord avec les données actuelles de la littérature, des circonstances obstétricales établies comme des facteurs de risques ont pu être mis en évidence chez les femmes de cette étude, tels que : un indice de masse corporelle bas, la primiparité, le déclenchement artificiel du travail, la fragilité périnéale, l'anesthésie péridurale, un travail long, l'accouchement instrumental notamment par l'utilisation de spatules ainsi que la présentation postérieure du mobile fœtal. Par ailleurs, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence une influence des paramètres fœtaux sur la survenue de ces lésions obstétricales ; tel que la macrosomie décrite comme un facteur de risque par le CNGOF.

Les LOSA sont responsables de symptômes invalidant pour les femmes pouvant avoir un pronostic fonctionnel défavorable au long terme, altérant ainsi leur qualité de vie. Il semble donc également essentiel d'insister sur la prévention de ces lésions grâce aux formations des professionnels de santé quant aux facteurs de risques existants mais également sur le bon diagnostic de celles-ci. En effet, le diagnostic permet par la suite une prise en charge adaptée de ces femmes dans le court et long terme. De cette prise en charge, dépend leur continence ultérieure et également leur devenir obstétrical.

Cependant, l'accouchement par les voies naturelles reste la voie d'accouchement la plus sûre. S'il est certain qu'éviter toutes ces lésions sévères reste difficile, la connaissance de leurs facteurs de risque devrait conduire à une réduction de leurs survenues.

Il s'agit d'un travail préliminaire qui a permis de dégager des circonstances obstétricales et ainsi distinguer plusieurs facteurs de risque chez les femmes ayant eu une LOSA. Cependant, une étude comparative sur plusieurs années doit être réalisée afin de confirmer les résultats retrouvés ici.

Pour finir, il serait également intéressant de réaliser une étude de cohorte sur ces lésions périnéales sévères et leur suivi au long terme, afin de mettre en évidence les différents protocoles de prise en charge utilisés, pour les LOSA, et d'apporter la meilleure prise en charge pour ces femmes.

## GLOSSAIRE

APD : anesthésie péridurale  
BIP : bipariétale  
CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français  
DEE : début des efforts expulsifs  
DS : détroit supérieur  
EE : efforts expulsifs  
ENP : enquête nationale périnatale  
EPF : estimation du poids fœtal  
IMC : indice de masse corporelle  
LOSA : lésion obstétricale du sphincter anal  
OMS : organisation mondiale de la santé  
OIDA : occipito iliaque droite antérieur  
OIDP : occipito iliaque droite postérieur  
OIGA : occipito iliaque gauche antérieur  
OIGP : occipito iliaque gauche postérieur  
OP : occipito pubien  
OS : occipito sacré  
PA : périmètre abdominal  
PC : périmètre crânien  
RCP : recommandation pour la pratique clinique  
RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists  
SA : semaine d'aménorrhée

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Cinelli Hélène, Lelong Nathalie, Le Ray Camille Demiguel Virginie, Lebreton Élodie, Deroyon Thomas. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Publiée en octobre 2022.
2. Recommandations pour la pratique clinique. Accouchement normal en présentation du sommet, suites de couches normales. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Chapitre 30, Item 30. 2016
3. Benazza N. Facteurs de risque de lésion du sphincter anal avec la pratique de l'obstétrique actuelle. Etude rétrospective au CHU d'Amiens. (Thèse ; Gynécologie-Obstétrique). Amiens. 2019
4. Béatrice Blondel, Lucie Gonzalez, Philippe Raynaud, Benedicte Coulm, Camille Bonnet, Alexis Vanhaesebrouck, Annick Vilain, Jeanne Fresson, Sylvie Rey. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Publiée en octobre 2017.
5. Béatrice Blondel, Morgane Kermarrec. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Publiée en mai 2011.
6. T. Thubert, et al. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3e et 4e degrés. RCP prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie, Obstétrique, Fertilité & Sénologie (2018).
7. Pergialiotis V. et al, Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth, Int J Gynaecol Obstet (2014)

8. Marie-Andrée Harvey MD MSc. Lésions obstétricales du spincter anal : Prévention, identification et reparation. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, Volume 37, Issue 12, December 2015, Page 1149-1151)
9. Abdul H. Sultan, et al. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*, December 1993; 329:1905-1911.
10. N. Marty, E. Verspyck. Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie : aspects techniques. RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. Volume 46, Issue 12, december 2018, Pages 948-967)
11. Schantz C. Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* (2018)
12. Le Ray C, Pizzagalli F. Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* (2018)
13. Riethmuller D, et al. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* (2018)
14. Ducarme G, et al. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* (2018)
15. C. MacArthur, *et al.* Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery, *BJOG*, 108 (7) (2001), pp. 678-683

16. R. Angioli, et al. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience Am. J. Obstet. Gynecol., 182 (5) (2000), pp. 1083-1085
17. G. Hudelist, J. Gelle'n, C. Singer, E. Ruecklinger, K. Czerwenka, O. Kandolf, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy Am. J. Obstet. Gynecol., 192 (3) (2005), pp. 875-881
18. A. Barbier, O. Poujade, R. Fay, O. Thiébauges, M. Levardon, B. Deval. La primiparité est-elle le seul le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal au cours de l'accouchement ? Gynecol Obstet Fertil, 35 (2) (2007), pp. 101-106
19. Groutz. Et al. Third and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. Am J Obstet Gynecol 2011;204(4):347.e1-4.
20. Dahlen HG, Ryan M, Homer CS, Cooke M. An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. Midwifery 2007;23(2):196-203
21. Barasinki C. et al. Practices during the active second stage of labor. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 1 nov 2012;119(2):111-6.
- 22.. M. Wu, K.S. Williams, A.F. Hundley, A. Connolly, A.G. Visco. Occiput posterior fetal head position increases the risk of anal sphincter injury in vacuum-assisted deliveries Am. J. Obstet. Gynecol., 193 (2) (2005), pp. 525-528 (discussion 8-9)
23. J. Zetterström, A. López, B. Anzén, M. Norman, B. Holmström, A. Melgren Anal sphincter tears at vaginal delivery: risk factors and clinical outcome of primary repair. Obstet Gynecol, 94 (1999), pp. 21-28

24. C. Parnell, J. Langhoff-Roos, H. Møller. Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80 (2001), pp. 256-261
  
25. V. Revicky, D. Nirmal, S. Mukhopadhyay, E.P. Morris, J.J. Nieto. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 150 (2010), pp. 142-146
  
26. A. Villot, X. Deffieux, G. Demoulin, A.-L. Rivain, C. Trichot, T. Thubert, Prise en charge des périnéés complets (déchirure périnéale stade 3 et 4) : revue de la littérature, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 44, Issue 9, 2015, Pages 802-811,

## **Résumé**

Objectif : Décrire les circonstances de grossesse et d'accouchement pouvant être en lien avec la survenue d'une lésion obstétricale du sphincter anal. Le sous-objectif est : de discuter les résultats avec les données retrouvées dans la littérature.

Méthode : Étude descriptive avec une approche quantitative rétrospective sur 115 femmes dont l'accouchement a été compliqué d'une LOSA au sein de la maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon Ste Musse (CHITS) entre 2016 et 2021.

Résultats : Dans ce travail, des circonstances obstétricales, établies comme des facteurs de risques de LOSA, ont pu être mis en évidence chez les femmes tels que : un indice de masse corporelle bas, la primiparité, le déclenchement artificiel du travail, la fragilité périnéale, l'anesthésie péridurale, un travail long, l'accouchement instrumental notamment par l'utilisation de spatules ainsi que la présentation postérieure du mobile fœtal. Ces résultats ont pu être confirmé grâce aux données retrouvées dans la littérature.

Conclusion : Cette étude a permis de confirmer des circonstances de grossesse et d'accouchement en lien avec la survenue de LOSA, et qui sont également retrouvées dans la littérature.

Mots-clés : lésion obstétricale du sphincter anal, facteurs de risque, primiparité, extractions instrumentales, lésion périnéale.

## **Abstract**

Objective: To describe the pregnancies and childbirth's circumstances that may be related by the occurrence of obstetric anal sphincter injury (OASIS). The sub-objective is to discuss the results with data previously found in the literature.

Method: Descriptive study with a retrospective quantitative approach based on 115 women diagnosed with OASIS while giving birth between 2016 and 2021.

Results: In our study, obstetric circumstances established as risk factors for OASIS were identified among women, such as low body mass index, primiparity, labor induction, perineal fragility, epidural, long labor, instrumental extraction, and posterior variety.

Conclusion: This study confirmed some obstetric circumstances that are associated with the occurrence of OASIS and which are also mentioned in the literature.

Key words: Obstetric anal sphincter injury, risk factors, primiparity, instrumental extraction, perineal injury.