

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-Femme
2016-2017

Vaginisme, complications obstétricales et néonatales : mythe ou réalité ?

Présenté et soutenu publiquement le 10 mai 2017
par

Laura MELAYERS

Directeur : Dr Capucine TERNISIEN D'OUVILLE

Guidant : Agnès BARAILLE



Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver
Pierre Dac



Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée et soutenue dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Madame Agnès BARAILLE, ma guidante de mémoire, pour m'avoir orientée dans mon travail et m'avoir aidée à trouver des solutions pour avancer.

Je remercie aussi Madame Capucine TERNISIEN D'OUVILLE, directrice de ce mémoire, pour ses précieux conseils.

Je tiens à remercier Monsieur François DALMAY pour sa grande disponibilité et son aide.

À mes camarades de promotion pour ces quatre années.

À ma famille, mes amis et plus encore, Anaïs, Romain, pour leur soutien et leur bonne humeur à toute épreuve.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Abréviations	9
Première partie : introduction.....	10
1.1. Le vaginisme	11
1.1.1 Définitions (5) (6)	11
1.1.2 Diagnostic du vaginisme (7) (8).....	11
1.1.3 Les conséquences du vaginisme	12
Deuxième partie : méthodologie et protocole de recherche	15
2.1. Type d'étude.....	15
2.1.1 Population source et nombre de sujets nécessaires	15
2.1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	15
2.1.3 Variables étudiées	15
2.1.4 Méthode de collecte des données et stratégie d'exploitation.....	16
2.1.5 Les personnes ressources	16
Troisième partie : résultats	17
3.1. Description de la population	17
3.1.1 Âge et parité	17
3.1.2 Antécédent de mutilation et traumatisme	17
3.1.3 Origine	18
3.2. En per-partum	19
3.2.1 La dilatation cervicale.....	19
3.2.2 La durée du travail	20
3.2.3 Le toucher vaginal.....	20
3.2.4 Evaluation de la douleur.....	21
3.2.5 Difficulté d'examen.....	22
3.2.6 Mode d'accouchement.....	22
3.2.7 Etat périnéal.....	24
3.2.8 Score d'Apgar	25
3.3. Le séjour en maternité.....	27
3.3.1 Durée d'hospitalisation.....	27
3.3.2 Suites de couches et de naissance pathologiques	27
Quatrième partie : Discussion.....	30
4.1. La population.....	30
4.1.1 Une moyenne d'âge inférieure à la moyenne nationale.....	30
4.1.2 Une population majoritairement primipare.....	30
4.1.3 Quelles origines au vaginisme ?	31



4.2. De réels risques : à l'accouchement	32
4.2.1 Une durée du travail plus longue.....	32
4.2.2 Un risque majoré d'extractions instrumentales	32
4.2.3 Des césariennes également supérieures	32
4.3. Des complications à confirmer.....	33
4.3.1 La dilatation plus avancée à l'admission	33
4.3.2 Le nombre de touchers vaginaux	33
4.3.3 Les lésions du périnée	33
4.3.4 La durée du séjour	34
4.3.5 L'état de l'enfant à la naissance	34
4.4. Points forts de l'étude	35
4.5. Points faibles de l'étude.....	35
4.6. Préconisations.....	36
4.6.1 Développer l'expertise des professionnels	36
4.6.2 Quelle prise en charge des femmes enceintes souffrant de vaginisme	36
Conclusion	38
Références bibliographiques	39
Annexes	41



Table des illustrations

Figure 1 : Pourcentages de traumatismes en fonction des groupes cas et témoins.....	17
Figure 2 : Pourcentages de cas et témoins dans les catégories « France », « Maghreb » et « Autres ».....	19
Figure 3 : Dilatation cervicale (en centimètre) à l'arrivée à la maternité	20
Figure 4 : Comparaison de la durée du travail entre les cas et les témoins	20
Figure 5 : Nombre de touchers vaginaux au cours du travail	21
Figure 6 : ENA avant et après la pose de l'APD	21
Figure 7: Pourcentages de césariennes en urgence.....	22
Figure 8 : Pourcentages d'extractions instrumentales.....	23
Figure 9 : Pourcentages d'extractions instrumentales chez les cas en fonction de la parité (césariennes non comprises).....	24
Figure 10 : Comparaison de l'état périnéal entre les cas et les témoins	25
Figure 11 : Comparaison des scores d'Apgar à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie.....	26
Figure 12 : Comparaison de la répartition dans les groupes 1, 2 et 3	26
Figure 13 : Comparaison de la durée d'hospitalisation en fonction du mode d'accouchement	27



Table des tableaux

Tableau I : Récapitulatif des résultats des p value, Odds Ratio et intervalles de confiance retrouvés pour la comparaison des catégories de pays d'origine.....	19
Tableau II : Moyennes des scores d'Apgar, cas et témoins confondus, à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie	25
Tableau III : Pathologies des suites de couches retrouvées chez les cas et les témoins en lien avec l'accouchement	28
Tableau IV : Pathologies des suites de naissance en lien avec l'accouchement retrouvées chez les cas et les témoins.....	28



Abréviations

HME : Hôpital de la Mère et de l'Enfant

APD : analgésie péridurale

ENA : évaluation numérique analogique

BSS : bosse séro-sanguine

ARCF : altération du rythme cardiaque fœtal

AVB : accouchement voie basse

OR : Odds Ratio

IC_{95%} : Intervalle de Confiance à 95%



Première partie : introduction

En pratique clinique, en obstétrique ou gynécologie, il n'est pas rare de recevoir des femmes quasiment impossibles à examiner. Le toucher vaginal, élément essentiel de la pratique d'une sage-femme, provoque alors une torture à la fois physique et mentale.

Sur les dossiers, un seul et même mot : vaginisme. Actuellement aucune étude n'a pu évaluer précisément la prévalence de ce trouble en raison, notamment, des manifestations variables et de la définition ambiguë du vaginisme. Il est donc très probable que la prévalence du vaginisme soit sous estimée. En moyenne, il représenterait environ 30% des consultations en sexologie. (1) (2)

La bibliographie est pauvre sur ce sujet. Deux études (3) (4) mettent en évidence que le vaginisme pourrait représenter, à lui tout seul, le risque d'avoir une césarienne.

Les objectifs de cette étude réalisée à l'HME (Hôpital de la Mère et de l'Enfant) étaient de mettre en évidence un lien entre le vaginisme et les complications obstétricales : césarienne, extraction instrumentale et lésions périnéales ainsi que mettre en évidence un lien entre le vaginisme et les complications néonatales.

Nous avons émis les hypothèses que, le taux de césarienne, le taux d'extractions instrumentales et les lésions périnéales étaient plus importantes chez les patientes souffrant de vaginisme.

Concernant les complications néonatales, sur les difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, l'hypothèse était la suivante : les scores d'Apgar à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie, des nouveau-nés de femmes vaginiques, étaient significativement moins élevés.



1.1. Le vaginisme

1.1.1 Définitions (5) (6)

Le vaginisme est une dysfonction sexuelle classée parmi les troubles de la pénétration ou dysfonctions coïtales. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, d'après la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), le vaginisme est « un spasme des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin, entraînant une occlusion de l'ouverture vaginale. L'intromission est impossible ou douloureuse ». Le terme intromission sous entend une vision plus large de la pathologie, avec des répercussions allant au-delà des rapports sexuels.

Il est difficile de parler de maladie, il s'agit plus d'un état émotionnel dans lequel des causes psychologiques se manifestent par des symptômes physiques. En effet, le DSM IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l'Association Américaine de Psychiatrie codifiant les troubles de la santé mentale précise quant à lui que ce spasme est « involontaire répété ou persistant » et qu'il intéresse plus particulièrement le tiers externe du vagin. Il peut intervenir lors de toute tentative de pénétration (doigt, tampon, spéculum, verge). Ces spasmes peuvent également être accompagnés de mouvements réflexes, tels que la fermeture des cuisses et une contracture globale des muscles du corps. Il s'agit donc d'une phobie associée à la pénétration.

Classiquement, on divise le vaginisme en deux grandes classes : primaire et secondaire. Le vaginisme primaire, souvent d'origine psychologique, se manifeste dès le tout premier rapport sexuel ou tentative de pénétration. Le vaginisme secondaire apparaît, lui, après une période où la pénétration et les rapports sexuels étaient normaux. Le plus souvent, il est la conséquence d'un dysfonctionnement organique (vaginite mycosique, infections urinaires à répétition...), d'un traumatisme (adultère, choc affectif, agression sexuelle...). (6)

1.1.2 Diagnostic du vaginisme (7) (8)

Le diagnostic du vaginisme se fait suite à une anamnèse et un examen clinique et gynécologique. Il est généralement posé tardivement.

La réalisation de l'examen gynécologique est souvent difficile voire impossible. Il est néanmoins nécessaire afin d'écartier toutes causes organiques. Cependant il peut également

arriver qu'aucune contracture ou spasme ne soit déclenché par l'examen ; en effet, selon la cause du problème, celui-ci n'apparaît que lors de rapports sexuels par exemple. L'interrogatoire est donc capital dans ce cas de figure. Il permet également de rechercher l'étiologie du vaginisme pour ainsi orienter sa prise en charge.

Le Docteur COULOMB Marie-Alice présente une division plus détaillée du vaginisme en 5 catégories. L'une de ces catégories, le vaginisme sélectif, permet notamment d'expliquer la difficulté à diagnostiquer cette pathologie. (1) [Annexe 1]

Le Docteur DESVAUX Pierre (andrologue et sexologue à Paris) reprend la classification de Lamont (1978) et Pacik (2005) découpant le vaginisme en plusieurs degrés, en fonction de l'importance de la pathologie. (9) [Annexe 2]

Le vaginisme ne doit pas être confondu avec les troubles du désir (anaphrodisie) et les troubles du plaisir (anorgasmie). (10) Les dyspareunies peuvent être considérées comme un diagnostic différentiel. Dans ce cas les spasmes ou contractions sont secondaires à la douleur et non l'inverse. Une dyspareunie peut évoluer vers un vaginisme (secondaire), c'est pourquoi le diagnostic est parfois difficile à poser.

1.1.3 Les conséquences du vaginisme

1.1.3.1. Au quotidien

Aucune conséquence sur la vie et la santé de ces femmes ne peut être actuellement imputée au vaginisme. Même sur le plan sexuel, certaines femmes ou couples arrivent à être épanouis, parviennent à avoir des désirs et du plaisir dans l'acte sexuel bien que toute pénétration est parfois exclue. Dans ce cas, c'est souvent le souhait d'avoir des enfants qui représente la seule difficulté face à cette situation.

Cependant, tous les partenaires ne l'acceptent pas, ce qui peut être source de conflits et de tensions difficilement surmontables ; l'une des conséquences majeures du vaginisme, au cours de la vie d'une femme, est le retentissement sur sa vie de couple.



1.1.3.2. En obstétrique

Le vaginisme est rarement un motif de consultation, il est plus fréquemment diagnostiqué lors du début du suivi de grossesse qui constitue souvent la première approche gynécologique de ces femmes.

Bien que, comme mentionné précédemment, le vaginisme peut parfois représenter une réelle difficulté pour ces femmes à débiter une grossesse. Pour la majorité, le premier rapport, bien qu'incomplet, est souvent fécondant (éjaculation à la vulve, méthode de la seringue...).

➤ **En pré-partum**

Tout d'abord en consultation, la surveillance de la bonne fermeture du col, sa longueur, la présentation du fœtus ou de toutes autres anomalies retrouvées par le toucher vaginal deviennent quasiment impossibles. Si d'autres techniques permettent de pallier l'impossibilité de cet examen comme l'échographie trans-abdominale, il n'en est pas de même, par exemple, pour les prélèvements vaginaux à la recherche d'infection (notamment le streptocoque B), ou l'utilisation des tests rapides permettant de savoir si la poche des eaux est rompue (Amnisure® par exemple). Ces tests utilisent de fins bâtonnets mais il est parfois nécessaire d'effectuer un toucher vaginal en même temps, ou de les effectuer sous spéculum, pour être sûr de la localisation du prélèvement et donc de sa fiabilité.

➤ **En per partum**

Des sages-femmes des Bouches-du-Rhône ont été interrogées sur leur expérience professionnelle à propos du vaginisme. (11) Les résultats de cette étude mettaient en évidence les difficultés éprouvées par les sages-femmes face à des patientes vaginiques. Un peu moins de la moitié d'entre elles aurait constaté la survenue de complications lors du travail et de l'accouchement. Un manque de coopération, de la part de la patiente, lors des efforts expulsifs, serait à l'origine de ces difficultés, nécessitant alors une extraction instrumentale. Plus rarement, elles auraient constaté une augmentation de survenue des dystocies et des traumatismes périnéaux.

Lors de l'accouchement, certains auteurs mentionnent le fait que le vaginisme favoriserait une extraction instrumentale. (12) Seules deux études ont démontré que le vaginisme représentait un facteur de risque de césarienne. (3) (4) La difficulté des examens pour évaluer l'avancée du travail complique énormément la tâche des professionnels et la prise en charge du couple mère-enfant. En cas de troubles du rythme par exemple, la



mesure du taux de lactates, pour évaluer le degré d'hypoxie fœtale et adapter la prise en charge, est plus difficile à réaliser voire impossible.

Toutefois, actuellement, la majorité des femmes en travail disposent d'une analgésie péridurale. Celle-ci améliore généralement les conditions d'examen, mais reste insuffisante pour certaines patientes, chez lesquelles la douleur est autant physique que psychologique.

En per partum, une étude (13) sur le retentissement du vaginisme sur la grossesse et l'accouchement d'un point de vue psychologique, a mis en évidence une arrivée anormalement tardive de ces femmes, à la maternité. Pour une partie d'entre elles, il s'agissait d'un déni de la douleur des contractions utérines ; pour d'autres c'était l'angoisse des examens pelviens répétés. Ces retards dans la prise en charge des patientes ne sont pas anodins. Ainsi une patiente accoucha seule, car elle ne put arriver à temps à la maternité. La rapidité et la violence de l'accouchement ont été à l'origine de déchirures périnéales et d'une hémorragie contemporaine de la délivrance.

Certaines femmes vaginiques sont également à fort risque de décompensation psychique au moment de l'accouchement. (14) Le vaginisme, dans ces cas, est le plus souvent complet.

Cette phobie de l'accouchement par la voie basse se retrouve également dans les demandes de césarienne « de convenance ».

➤ **En post partum**

Dans le post partum, il est difficile pour le gynécologue ou la sage-femme d'affirmer le bon retour à la normale et à sa position initiale de l'utérus.

Il est néanmoins nécessaire de poursuivre le suivi de ces patientes. La grossesse et l'accouchement ne résoudraient pas la pathologie. Un accouchement, vécu de manière traumatique, aurait d'ailleurs l'effet inverse et renforcerait la pathologie.

De plus, comme toute femme, elles devraient pouvoir bénéficier d'une rééducation périnéale. (11)

En obstétrique, on constate donc que le vaginisme peut mettre en danger la mère et notamment le fœtus. L'augmentation du recours à la césarienne en cas de vaginisme représenterait un réel problème, et grève l'avenir obstétrical de la patiente.



Deuxième partie : méthodologie et protocole de recherche

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude cas-témoins, exhaustive, rétrospective, longitudinale, monocentrique sur dossiers. Les dossiers de femmes présentant un vaginisme pendant leur grossesse ont été comparés à celles n'en présentant pas, et qui ont accouché à l'HME de Limoges.

2.1.1 Population source et nombre de sujets nécessaires

La population source était représentée par la liste des femmes suivies et ayant accouché à l'HME depuis la création de Filemaker® (logiciel informatique des dossiers obstétricaux) en 2009. La population comportait au total 144 dossiers médicaux, dont 48 qui représentaient les patientes souffrant de vaginisme. La population cible correspondait aux femmes ayant accouché et présentant un vaginisme.

Cette étude a pris en compte toutes les femmes enceintes suivies et ayant accouché à l'HME. Le groupe « Cas », un tiers des dossiers, représentait les femmes souffrant de vaginisme et le groupe « Témoins », deux tiers, soit un cas pour deux témoins. Les témoins ont été choisis par ordre chronologique, l'un avant et l'autre après le cas. Ils ont été appariés sur l'âge, la parité et gestité, la gémellité et les utérus cicatriciels.

2.1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons choisi d'inclure toutes les grossesses sauf les présentations du siège qui ont été exclues ainsi que les césariennes programmées car elles étaient sources de biais trop importants.

2.1.3 Variables étudiées

- **Description de la population**

L'âge maternel, la parité et la gestité, la gémellité et les utérus cicatriciels ainsi que la recherche de mutilations ou traumatismes permettent de décrire la population et d'affiner ses caractéristiques.



- **En per-partum**

La dilatation cervicale à l'arrivée à la maternité, la durée du travail, le nombre de touchers vaginaux pendant le travail et l'ENA (Echelle Numérique Analogique) de la douleur avant et après pose de l'APD ont été étudiés.

L'état périnéal, les extractions instrumentales, les césariennes et les difficultés d'examen mentionnées sur le partogramme ont été relevés afin de savoir s'il existait un lien avec le vaginisme

En ce qui concerne le nouveau-né, les scores d'Apgar à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie ont été examinés.

- **Le séjour en maternité**

La durée du séjour a été analysée, ainsi que la présence de suites de couches pathologiques (hématome, déchirure ou épisiotomie, désunion) et les suites de naissance pathologiques en lien avec l'accouchement : douleurs, BSS (Bosse Séro-Sanguine), ecchymose sur le visage, plaie.

2.1.4 Méthode de collecte des données et stratégie d'exploitation

Les données nécessaires pour l'étude ont été obtenues grâce aux dossiers Filemaker®, et recueillies sur le tableur Excel®. Le logiciel StatView® a été utilisé afin de réaliser les analyses statistiques.

Les résultats des variables qualitatives ont été exprimés en fréquences et pourcentages. La comparaison de ces variables, entre les groupes cas et témoins, a été faite à l'aide des tests du Chi 2 ou tests exacts de Fischer en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes dans les variables prises en compte.

Les résultats des variables quantitatives ont été présentés sous forme de moyenne, écart-type, minimum et maximum. Le risque de première espèce α (p value) a été fixé à 5% et p significatif quand il était strictement inférieur à 0,05.

Pour les résultats significatifs, l'Odds Ratio (OR) a été calculé ainsi que les Intervalles de Confiance à 95% (IC_{95%}) grâce à la formule de Miettinen.

2.1.5 Les personnes ressources

Le directeur de ce mémoire est Madame Capucine TERNISIEN D'OUVILLE (sexologue). La guidante de ce mémoire est Agnès BARAILLE. Les personnes ressources de ce mémoire sont Monsieur François DALMAY (ingénieur d'études), Monsieur Julien GATINEAU (Equipe Dossier Patient).



Troisième partie : résultats

3.1. Description de la population

L'étude comportait 156 dossiers médicaux, dont 52 représentant les patientes souffrant de vaginisme. Quatre cas ont été exclus en raison du mode d'accouchement par césarienne programmée et donc parallèlement les 8 témoins qui y étaient appariés. Les statistiques ont donc été réalisées sur 144 dossiers dont 48 cas.

3.1.1 Âge et parité

La moyenne d'âge de la population totale est de 27 ans, avec un minimum à 16 ans et un maximum à 35 ans. La moyenne de la gestité est de 1,49 grossesses (minimum à 1 et maximum à 5) et la parité de 1,22 enfants avec un maximum à 2 enfants.

Sur les 48 cas, il y avait une grossesse gémellaire, qui a été appariée avec deux grossesses gémellaires témoins.

3.1.2 Antécédent de mutilation et traumatisme

Concernant les mutilations ou traumatismes vécus, ils ont été retrouvés chez 5 cas et 2 témoins. Les 5 cas représentaient un total de 7 grossesses différentes. Les résultats ont montré un taux significativement ($p = 0,0283$) plus important de traumatismes chez les cas (10,42 % contre 2,08% chez les témoins).

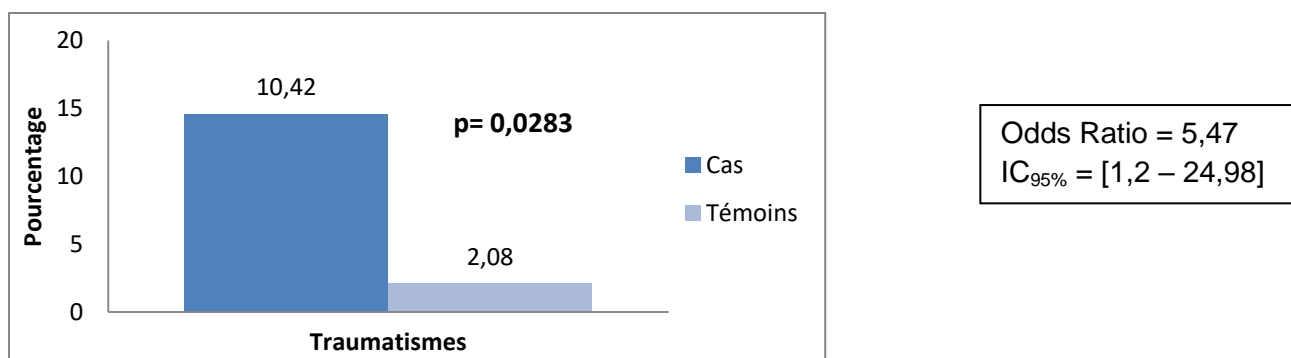


Figure 1 : Pourcentages de traumatismes en fonction des groupes cas et témoins

Avoir subi un traumatisme est un facteur de risque de souffrir de vaginisme, l'Odds ratio est de 5,47 soit 6 et l'IC_{95%} [1,2 - 24,98].

3.1.3 Origine

Les pays d'origine de la population ont également été étudiés. Cette donnée permet de faire un lien avec l'impact important de la culture sur le développement d'un vaginisme.

Afin de faciliter l'étude de ces données, et au vue des effectifs observés, la population a été répartie en 3 catégories en fonction des pays d'origine : « France », « Maghreb » et « Autres ». Le Maghreb correspond géographiquement à 3 pays : le Maroc, l'Algérie et la Tunisie. En raison de leur faible représentation au sein de la population, la catégorie « Autres » reprend la totalité des pays d'origine restants (18 pays).

Sur l'ensemble de la population, seules 6 données étaient manquantes : 3 cas et 3 témoins.

Les répartitions dans ces trois catégories sont les suivantes :

- Parmi les cas : 37,78% « Maghreb » ; 31,11% « France » et 31,11% « Autres »
- Parmi les témoins : 81,72% « France » ; 15,05% « Autres » et 3,23% « Maghreb ».

Une différence significative se dégage pour l'origine « France » ($p < 0,0000001$), le pourcentage de patientes présentes dans cette catégorie est supérieur chez les témoins.

L'Odds Ratio (OR = 0,1) et l'intervalle de confiance ($0,05 < IC_{95\%} < 0,22$), confirme ce résultat : appartenir à la catégorie France (pays d'origine) est un facteur protecteur vis-à-vis du vaginisme.

Pour l'origine « Maghreb », la différence est également significative ($p = 0,000000261$). Il y a plus de patientes souffrant de vaginisme dans la catégorie « Maghreb ».

L'origine maghrébine, dans notre étude, est un facteur de risque de vaginisme. En effet l'Odds Ratio est de 18,21 et l'IC_{95%} [6,36 - 52,15], ce qui confirme la différence retrouvée entre les cas et les témoins.



La proportion de patientes cas dans la catégorie « Autres » est également supérieure à celle des témoins ($p = 0,03480$). Tout comme l'appartenance à la catégorie « Maghreb », la catégorie « Autres » représente un facteur de risque de vaginisme (OR = 2,55 et IC_{95%} [1,15 – 5,88]).

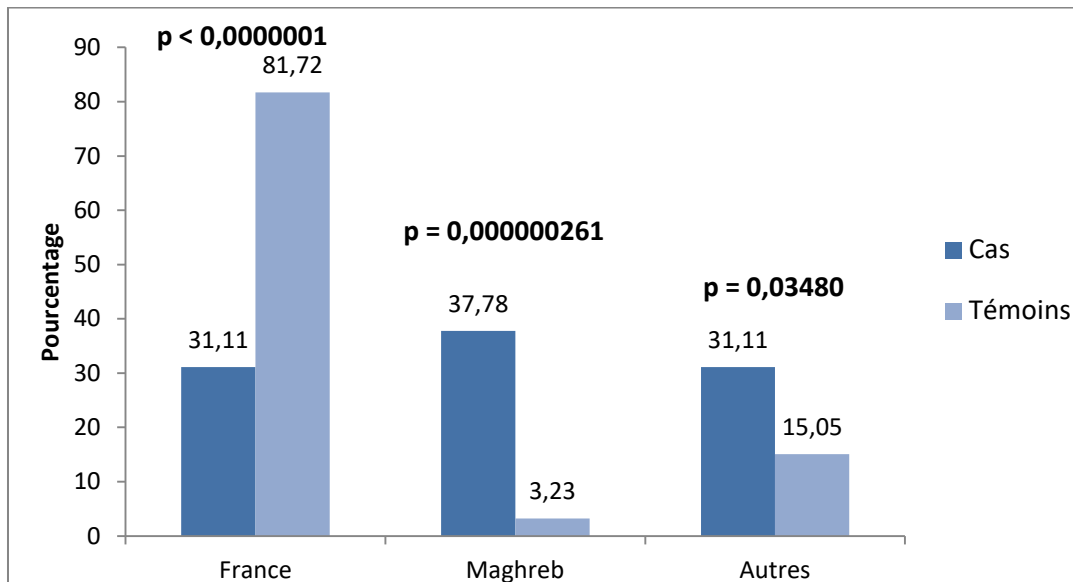


Figure 2 : Pourcentages de cas et témoins dans les catégories « France », « Maghreb » et « Autres »

Tableau I : Récapitulatif des résultats des p value, Odds Ratio et intervalles de confiance retrouvés pour la comparaison des catégories de pays d'origine

	« France »	« Maghreb »	« Autres »
p value	< 0,0000001	0,000000261	0,03480
Odds Ratio	0,1	18,21	2,55
IC_{95%}	[0,05 – 0,22]	[6,36 – 52,15]	[1,15 – 5,88]

3.2. En per-partum

3.2.1 La dilatation cervicale

La dilatation de l'orifice externe du col a été prise en compte à l'arrivée à la maternité.

La moyenne des cas était de 3,32 cm et pour les témoins 3,52 cm. On ne note pas de différence significative ($p = 0,4572$).

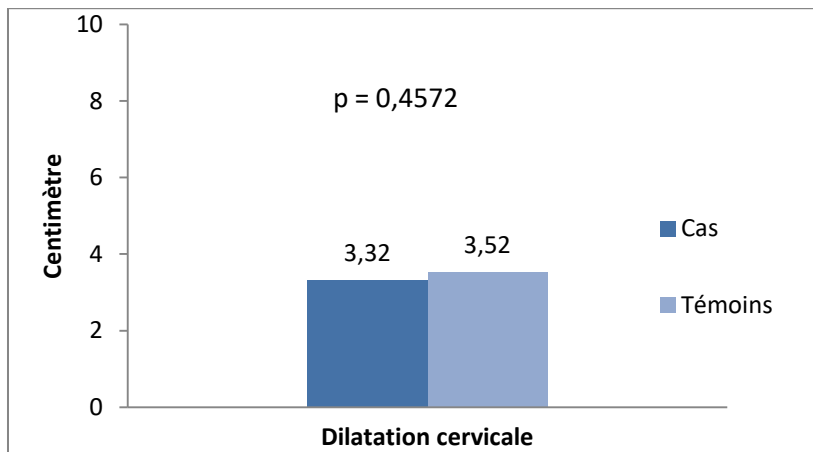


Figure 3 : Dilatation cervicale (en centimètre) à l'arrivée à la maternité

3.2.2 La durée du travail

La durée du travail est exprimée en heure. Toutes les parturientes ont été prises en compte y compris celles ayant eu une césarienne en urgence.

Les moyennes de la durée du travail étaient de 7,33 heures pour les cas et 6,27 heures pour les témoins. La différence retrouvée n'est pas significative ($p = 0,0600$), cependant on note une tendance à l'allongement de la durée du travail.

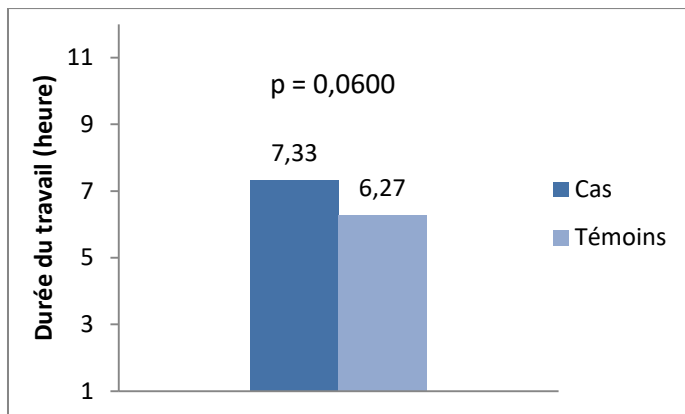


Figure 4 : Comparaison de la durée du travail entre les cas et les témoins

3.2.3 Le toucher vaginal

Le nombre maximum de touchers vaginaux pendant le travail est de 16 pour les cas et 14 pour les témoins. La moyenne totale était de 6,83 (7,15 pour les cas et 6,68 pour les témoins). La différence entre les cas et témoins n'est pas significative ($p = 0,3545$).



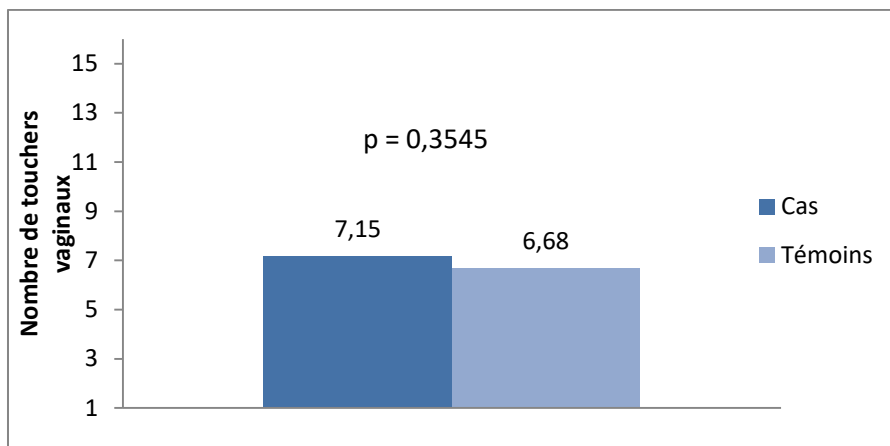


Figure 5 : Nombre de touchers vaginaux au cours du travail

3.2.4 Evaluation de la douleur

L'ENA (cotée de 0 à 10) a été utilisée pour évaluer la douleur des parturientes avant et après la pose de l'analgésie péridurale (APD).

La cotation de l'ENA était absente pour 16 cas et 27 témoins avant APD, et pour 12 cas et 18 témoins après APD.

Avant la pose de l'APD, la moyenne de l'ENA se situait à 7,19 sur 10 pour les 32 cas étudiés et 7,48 pour les 69 témoins.

Après la pose, la moyenne était de 0,5 sur 10 pour les 36 cas et 0,83 pour les 78 témoins. Les minima étaient de 0 chez les cas et les témoins tandis que les maxima étaient de 8 chez les cas et 6 chez les témoins.

La différence n'est pas significative entre les cas et les témoins dans les deux situations ($p = 0,5167$ avant et $p = 0,2665$ après).

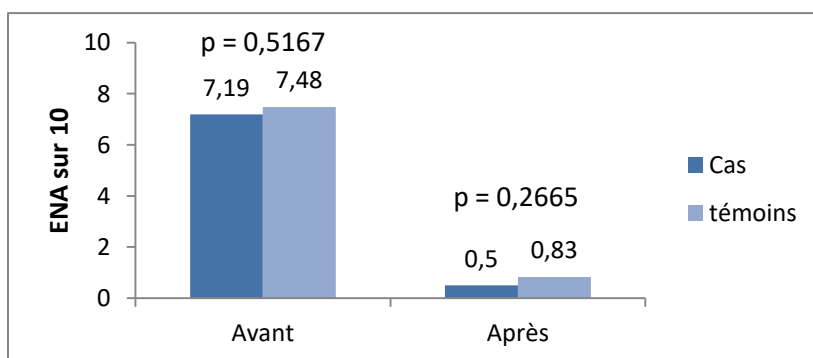


Figure 6 : ENA avant et après la pose de l'APD

3.2.5 Difficulté d'examen

Cette donnée devait être exploitée grâce au partogramme, s'il était fait mention en commentaire de difficulté d'examen. Pour les cas, tout comme pour les témoins, aucune difficulté n'a été mentionnée sur les partogrammes. Seul le refus de pousser est noté sur le partogramme d'une patiente cas.

3.2.6 Mode d'accouchement

3.2.6.1. Césarienne

Les césariennes programmées ayant été exclues, nous avons étudié la prévalence des césariennes en urgence quel que soit le motif (anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF), stagnation de la dilation...).

27,08% des cas et 13,54% des témoins ont eu une césarienne. La prévalence de césariennes était significativement plus importante chez les cas que chez les témoins ($p = 0,0464$).

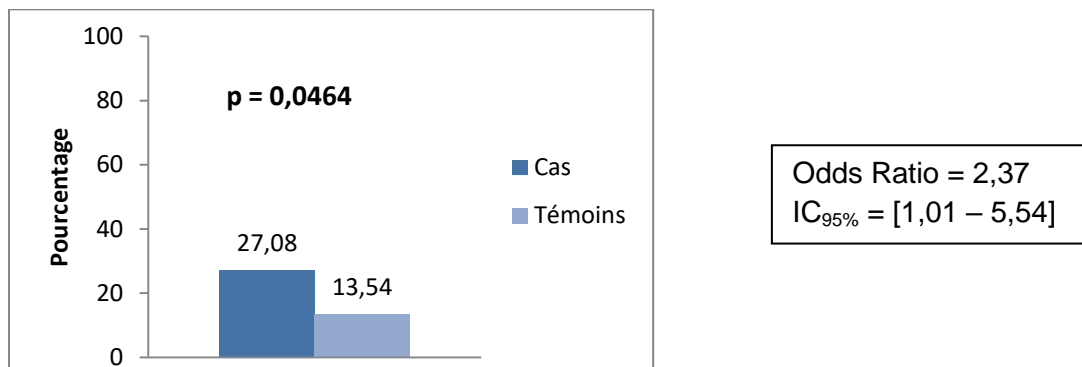


Figure 7: Pourcentages de césariennes en urgence

L'Odds Ratio, calculé à l'aide du tableau de contingence ci-dessous, est à 2,37 et l'IC_{95%} est compris entre 1,01 et 5,54 : le vaginisme est un facteur de risque d'avoir une césarienne.

3.2.6.2. Extraction instrumentale

Seules les patientes ayant accouché par les voies naturelles ont été prises en compte, soit un total de 118 patientes, 35 cas et 83 témoins.

15 cas sur les 35 (42,86%) ont nécessité une extraction instrumentale (forceps, ventouse ou ventouse et forceps) contre 14 témoins sur 83 (16,87%).



Le taux d'extractions instrumentales était significativement plus important chez les cas comparés aux témoins ($p = 0,0027$).

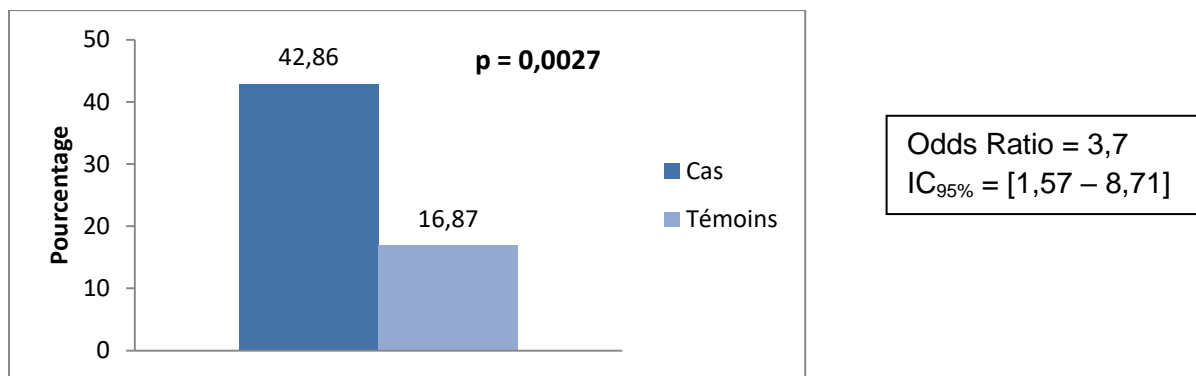


Figure 8 : Pourcentages d'extractions instrumentales

Les femmes souffrant de vaginisme ont un risque supérieur d'avoir une extraction instrumentale (OR = 3,7 et IC_{95%} [1,57 - 8,71]).

L'utilisation de forceps est significativement plus importante chez les cas : 34,29% contre 13,25% chez les témoins. On note également une différence significative ($p = 0,0084$), le facteur de risque d'avoir une extraction par forceps pour les femmes souffrant de vaginisme est confirmé par l'Odds Ratio à 3,42 et IC_{95%} [1,37 et 8,54].

Afin d'évaluer s'il existait un lien avec la parité, nous avons étudié les modes d'accouchement au sein de la population des cas. Sur les 48 cas, 13 ont eu une césarienne et n'ont donc pas été pris en compte pour cette analyse. Parmi les 35 cas restants, 8 cas (22,9%) sont multipares : 3 d'entre eux (37,5%) ont nécessité une extraction instrumentale.

En ce qui concerne les primipares, 12 cas sur 27 (44,4%) ont nécessité une extraction instrumentale.

On ne retrouve pas de différence significative ($p = 0,7551$) concernant le taux d'extraction instrumentale en fonction de la parité, ce qui peut s'expliquer par le manque de puissance.

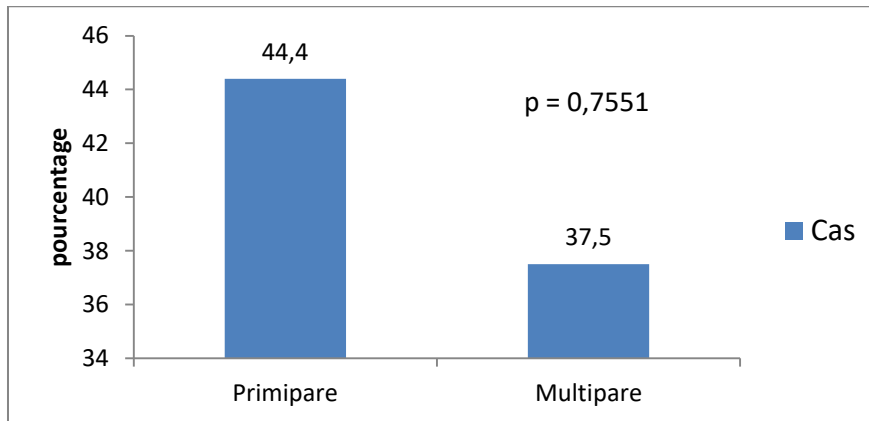


Figure 9 : Pourcentages d'extractions instrumentales chez les cas en fonction de la parité (césariennes non comprises)

3.2.7 Etat périnéal

Parmi les patientes ayant accouché par voie basse (118 au total), nous avons comparé la prévalence des périnées intacts ainsi que des lésions périnéales : épisiotomie, éraillure périnéale, périnée simple et périnée complet et périnée complet compliqué.

Les taux moyens, cas et témoins confondus, étaient les suivants :

- Episiotomie : 51,69%
- Eraillure périnéale : 15,25%
- Périnée simple : 27,97%
- Périnée complet : 0,85%
- Périnée complet compliqué : 0%
- Périnée intact : 4,24%

Les comparaisons cas/témoins ont retrouvé une différence significative ($p = 0,015$) ne concernant que les éraillures périnéales, plus fréquentes dans le groupe des témoins.



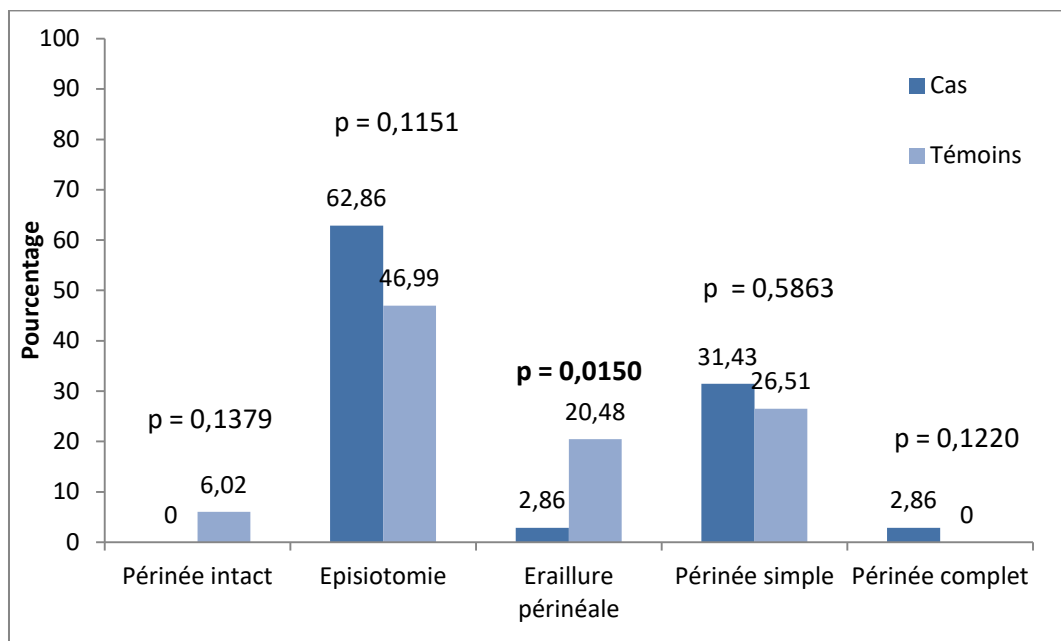


Figure 10 : Comparaison de l'état périnéal entre les cas et les témoins

3.2.8 Score d'Apgar

Les scores à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie ont été comparés, puis les scores ont été répartis en 3 groupes de la façon suivante :

- Groupe 1 : si tous les chiffres à 1, 3, 5 et 10 minutes sont supérieurs ou égaux à 8.
- Groupe 2 : si le chiffre le plus bas est supérieur ou égal à 5 et inférieur ou égal à 7.
- Groupe 3 si le chiffre le plus bas est inférieur ou égal à 4.

Nous n'avons retrouvé aucune différence significative au travers des groupes, ni également en comparant les scores aux différentes minutes de vie ($p > 0,05$).

Les moyennes des scores d'Apgar, cas et témoins confondus, étaient les suivantes :

Tableau II : Moyennes des scores d'Apgar, cas et témoins confondus, à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie

Apgar (minutes de vie)	1	3	5	10
Moyenne (sur 10)	9,20	9,76	9,93	9,97

En comparant les cas et les témoins, les résultats obtenus ont été retranscrits dans l'histogramme ci-après.

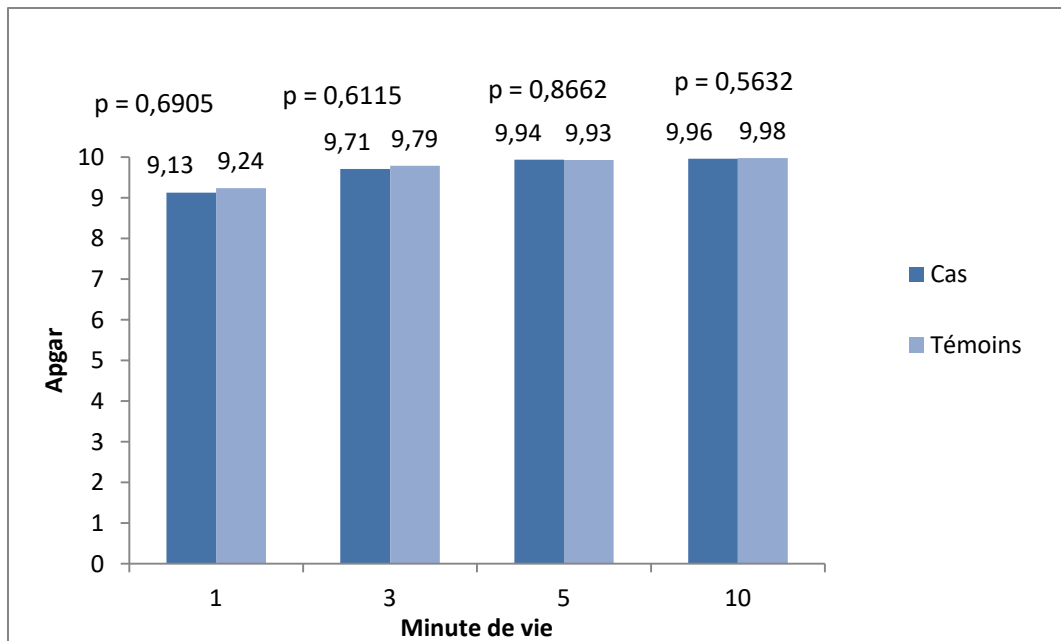


Figure 11 : Comparaison des scores d'Apgar à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie

En étudiant la répartition dans les groupes, nous avons constaté qu'en moyenne, cas et témoins confondus, 87,50% des nouveau-nés se situaient dans le groupe 1 ; 10,42% dans le groupe 2 et enfin 2,08% dans le groupe 3. Les résultats respectifs des cas et des témoins ont été repris dans la figure 12 qui suit.

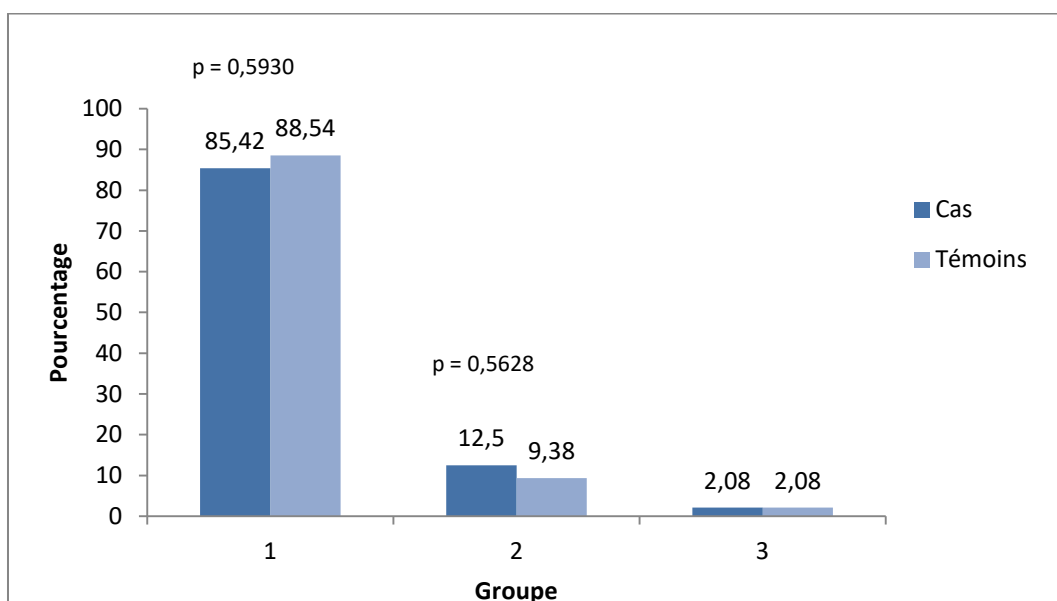


Figure 12 : Comparaison de la répartition dans les groupes 1, 2 et 3



Les différences de répartitions des nouveaux nés entre les groupes 1, 2 et 3, chez les cas et les témoins, ne sont pas significatives ($0,5628 < p < 0,5930$).

3.3. Le séjour en maternité

3.3.1 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation en maternité, tous modes d'accouchement confondus, était de 4,35 jours.

Les durées moyennes d'hospitalisation ont ensuite été comparées en fonction du mode d'accouchement : césarienne ou accouchement voie basse.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les cas et les témoins, quel que soit le mode d'accouchement ($p > 0,05$). Toutefois on retrouve une tendance en cas d'accouchement par césarienne : la durée moyenne d'hospitalisation a tendance à être supérieure chez les cas comparés aux témoins ($p = 0,079$).

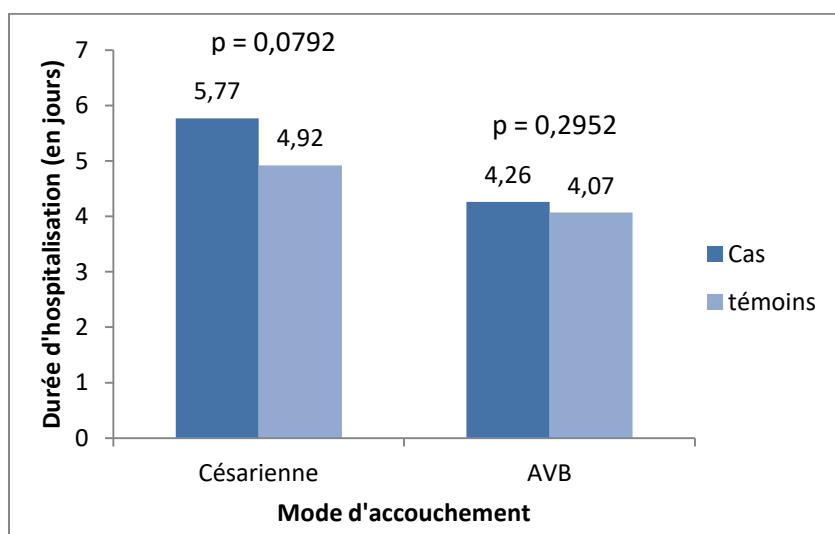


Figure 13 : Comparaison de la durée d'hospitalisation en fonction du mode d'accouchement

3.3.2 Suites de couches et de naissance pathologiques

En raison de l'absence d'informatisation des dossiers en suites de couches et de naissance pour l'année 2009 : 8 dossiers chez les cas et 16 chez les témoins n'ont pu être pris en compte car les données étaient manquantes.

De plus concernant les suites de naissance, les examens pédiatriques n'étaient pas retranscrits pour les enfants séjournant en néonatalogie, soit 4 enfants chez les cas et 9 chez les témoins.

Pour ces données, l'analyse a donc été effectuée sur 40 cas et 80 témoins sur les suites de couches, pour les suites de naissances, les effectifs étaient de 36 nouveaux nés pour les cas et 71 pour les témoins.

Dans un premier temps, concernant les suites de couches, les « pathologies » retrouvées en lien avec l'accouchement sont décrites dans le tableau suivant :

Tableau III : Pathologies des suites de couches retrouvées chez les cas et les témoins en lien avec l'accouchement

	« Pathologies »	Nombre
Cas	Douleurs épisiotomie	2 (5%)
	Œdème périnéal	2 (5%)
Témoins	Anémie sévère (épisiotomie hémorragique)	1 (1,25%)
	Œdème périnéal	2 (2,5%)
	Désunion	3 (3,75%)

En raison de l'absence d'homogénéité des pathologies et des faibles effectifs, nous n'avons pas souhaité évaluer s'il existait une différence significative entre les cas et les témoins. Concernant la présence d'œdème périnéal important, seule donnée présente à la fois chez les cas et les témoins, la différence retrouvée n'est pas significative ($p = 0,5147$).

Concernant les suites de naissance, en étudiant les 1^{er} et 2^{ème} examens pédiatriques réalisés pendant le séjour à la maternité, la répartition des pathologies était la suivante :

Tableau IV : Pathologies des suites de naissance en lien avec l'accouchement retrouvées chez les cas et les témoins

	Pathologies	Nombre
Cas	BSS	5 (13,89%)
	Céphalhématome	2 (5,56%)
	Marque de forceps	3 (8,33%)
Témoins	BSS	5 (7,04%)
	Céphalhématome	1 (1,41%)
	Plagiocéphalie	1 (1,41%)

Tout comme pour les suites de couches, les données recueillies n'étaient pas homogènes. Seule la présence de bosse séro-sanguine et de céphalématome a été étudiée. Les résultats obtenus ne sont pas significatifs : $p = 0,2792$ pour les BSS et $p = 0,2973$ pour les céphalématomes.

Des méthodes de calculs existent pour des effectifs inférieurs à 5. Cependant, nous avons choisi de ne pas effectuer d'analyse en raison du risque trop important de biais avec des échantillons aussi petits.

Nous ne pouvons donc conclure sur l'existence d'un lien entre ces pathologies et le vaginisme.



Quatrième partie : Discussion

4.1. La population

4.1.1 Une moyenne d'âge inférieure à la moyenne nationale

Les témoins ayant été appariés sur les cas, les valeurs sont représentatives de la population de femmes souffrant de vaginisme. La moyenne d'âge de la population, 27 ans, est légèrement inférieure aux moyennes nationales observées. En effet selon l'INED (15), la moyenne d'âge de la maternité en 2010 était de 28,1 ans pour le 1^{er} enfant et entre 30 et 30,5 ans pour l'ensemble de la maternité entre 2010 et 2016.

En prenant en considération les pays d'origine des patientes, nous avons constaté qu'une part importante de notre population cas a pour pays d'origine les pays du Maghreb. Les données de l'INSEE (16) sur l'âge du premier enfant donnent une explication à cette différence d'âge. La moyenne nationale, en France métropolitaine, est bien de 28 ans. Cependant, cette étude va plus loin en comparant l'écart d'âge au premier enfant par rapport à la moyenne nationale, selon le pays de naissance des mères immigrées. Elle constate que les femmes immigrées ont leur premier enfant plus tôt. Si on s'intéresse particulièrement au Maghreb, la différence retrouvée, selon les statistiques de 2008 serait de -0,7 ans (soit un peu plus de 8 mois). L'âge moyen du premier enfant pour ces femmes se situe donc davantage vers les 27 ans.

4.1.2 Une population majoritairement primipare

La majorité de la population est primipare (moyenne de 1,22 enfants). Plusieurs éléments peuvent expliquer cette donnée.

Tout d'abord, certaines patientes souffrant de vaginisme lors de leur première grossesse n'ont pas eu d'autres grossesses par la suite, pendant la durée de l'étude.

D'autre part, pour les femmes souffrant de vaginisme primaire, l'accouchement par les voies naturelles peut avoir une portée symbolique. Il permettrait de résoudre le « problème », de

« débloquer les choses », au travers notamment du passage du nouveau-né dans la filière génitale comme l'a expliqué la sage-femme Betty QUIRET-ROUSSELLE lors des 5^{ème} assises françaises de sexologie. (17) Il est donc possible que la pathologie ait été résolue par l'accouchement.

Enfin, nous pouvons supposer que, pour certaines femmes l'origine du vaginisme, correspond à une méconnaissance de leur corps, de l'anatomie des organes sexuels féminins. La notion de vagin considéré, par les patientes souffrant de vaginisme, comme « trop petit », rigide, incapable de se distendre est reprise par Betty QUIRET-ROUSSELLE mais également par la sexologue Marie José VALOIS dans son étude (18) des signifiants sexoanalytiques du vaginisme primaire. L'accouchement par voie basse et donc le passage d'un enfant au travers de ce vagin, remettrait en cause le schéma anatomique erroné qu'elles en ont, ce qui pourrait également résoudre leur pathologie.

4.1.3 Quelles origines au vaginisme ?

4.1.3.1. Une séquelle de traumatisme

La population étudiée ne présentait pas de mutilation mais des traumatismes. Ces derniers n'étaient pas uniquement des viols. Mariage forcé, sondage urinaire dans l'enfance et échographies endo-vaginales lors de fausses couches sont les données retrouvées dans les dossiers médicaux. Ces données confirment l'existence du vaginisme secondaire dont les causes peuvent être variées.

4.1.3.2. L'origine ethnique

Le pays d'origine de ces femmes pourrait également être en lien avec un vaginisme. Les résultats ont, en effet, démontré que les femmes originaires de pays différents de la France métropolitaine, étaient plus à risque de souffrir de vaginisme. Le risque de souffrir de vaginisme est 18 fois plus important chez les patientes originaires du Maghreb comparé aux autres pays dont la France dans notre étude (OR = 18,21). L'une des explications à cette différence, pourrait être le lien avec l'impact de la culture et de la religion sur le développement d'un vaginisme : sexualité tabou, virginité valorisée, comme l'explique en entretien le Docteur TERNISIEN D'OUVILLE, sexologue.

Bien qu'une différence significative se dégage également dans la catégorie « Autres », il est difficile de conclure car cette catégorie regroupe un total de 18 pays, dont aucun ne se



démarque de manière plus prononcée : les effectifs pour chaque pays représentaient moins de 5% de la catégorie.

4.2. De réels risques : à l'accouchement

4.2.1 Une durée du travail plus longue

Bien que la différence retrouvée ne soit pas significative ($p = 0,06$), une tendance se dégage. Un effectif plus important de la population aurait très probablement permis de mettre en évidence un allongement de la durée de travail chez les patientes cas. Cette différence dans notre population s'élève à un peu plus d'une heure. De nombreux facteurs peuvent influencer cette durée mais nous pouvons aussi supposer l'impact du cheminement psychologique. En effet, inconsciemment ou consciemment ces patientes cherchent à éviter ou espèrent ne pas accoucher par les voies naturelles, par peur d'écartèlement ou de déchirures. Cette phobie, de l'ordre du psychologique, pourrait avoir une action sur le somatique, notamment ralentissant la progression du travail.

4.2.2 Un risque majoré d'extractions instrumentales

Le mode d'accouchement est la donnée qui caractérise le plus la différence entre les groupes cas et témoins.

Les extractions instrumentales sont 3,7 fois plus fréquentes chez les cas comparés aux témoins dans notre étude. Ce résultat est très similaire à celui de l'étude de TOMER G. (3) qui retrouvait un OR à 3,6 (IC_{95%} [1,9 – 6,7]). Pour de nombreuses femmes, le recours au forceps est très souvent source d'angoisse et de peur. Chez les patientes souffrant de vaginisme, il est perçu davantage, au même titre que le spéculum, comme instrument « d'écartèlement vaginal » (17). L'indication de ces forceps, chez les cas, est essentiellement due aux efforts expulsifs insuffisants. Analgésie péridurale trop dosée et absence de sensation de poussée peuvent également représenter des difficultés supplémentaires pour ces patientes qui ont souvent un réel manque de conscience de ce qui se passe ou peut se passer dans la réalité physiologique de leur corps.

4.2.3 Des césariennes également supérieures

Le taux de césarienne chez les patientes souffrant de vaginisme est significativement supérieur au taux des patientes témoins ($p = 0,046$).



Ces résultats viennent confirmer ceux retrouvés dans les études de TOMER G. (3) et MOLLER L. (4). Leurs résultats avaient respectivement pour cette donnée : OR = 3,8 avec IC95% [2,6 – 5,5] et OR= 3,48 avec IC95% [2,45 – 4,39].

Ce taux, un peu plus de 2 fois supérieur chez les patientes souffrant de vaginisme dans notre étude, peut, entre autre, s'expliquer par une peur d'accoucher par les voies naturelles (OR = 2,37). Comme dans l'article « Too phobic to push » (12), le vaginisme représente une réelle phobie et démontre l'impact du psychologique sur le physique. Dans ces situations, l'indication notamment retenue est la stagnation de la dilatation.

La différence entre les OR observés dans les 2 autres études (3) et (4), peut être expliquée par l'exclusion des césariennes programmées dans notre étude. En effet, MOLLER L. (4) explique que les patientes souffrant de vaginisme ont plus fréquemment des césariennes que les autres patientes notamment pour « demande maternelle ».

Les hypothèses de départ sur l'augmentation du taux de césariennes et d'extractions instrumentales sont confirmées.

4.3. Des complications à confirmer

4.3.1 La dilatation plus avancée à l'admission

Nous avons retrouvé dans une étude (13), une arrivée anormalement tardive des patientes souffrant de vaginisme. Cette donnée a été objectivée par la dilatation à l'arrivée à la maternité. Aucune différence n'a été mise en évidence entre les cas et les témoins. La dilatation moyenne se situait entre 3 et 4 cm.

4.3.2 Le nombre de touchers vaginaux

Le nombre de touchers vaginaux pendant le travail n'était pas différent entre les cas et les témoins. L'analgésie péridurale serait un réel bénéfice pour les femmes souffrant de vaginisme. Les examens sont alors possibles sans difficulté pour les professionnels. L'efficacité de l'analgésie péridurale se retrouvait aussi dans l'évaluation de la douleur, similaire entre les cas et les témoins avant et après sa pose.

4.3.3 Les lésions du périnée

Concernant les lésions périnéales, l'hypothèse de départ n'est pas vérifiée. Seules les éraillures périnéales sont significativement plus fréquentes chez les témoins. Ce taux peut être corrélé avec ceux des épisiotomies et déchirures simples, bien que non significatifs, ils sont plus importants chez les cas. Le recours à l'épisiotomie est non significatif ($p = 0,1151$) mais les pourcentages retrouvés sont plus importants chez les cas

(62,86 % contre 46,99%). Ce taux est à mettre en parallèle avec l'utilisation plus importante de forceps, car dans ce cas l'épisiotomie est une pratique systématique à l'HME de Limoges.

4.3.4 La durée du séjour

La durée d'hospitalisation étudiée en fonction du mode d'accouchement n'a pas démontré de différence significative. Cependant, on constate quel que soit le mode d'accouchement une augmentation de cette durée chez les cas. Cette augmentation est plus marquée pour les césariennes avec presque 1 jour de plus en moyenne chez les patientes cas. Nous n'avons cependant aucune explication concernant cette tendance pour les césariennes ($p = 0,0792$).

La recherche dans les dossiers de pathologies dans les suites de couches n'a pas permis de trouver une explication à cet allongement de la durée d'hospitalisation pour les césariennes. En ce qui concerne les accouchements par voie basse, les pathologies retrouvées, en nombre insuffisant, n'ont pas permis d'interprétation, ni de comparaison entre cas et témoins. Nous ne pouvons donc confirmer ou infirmer l'existence d'un lien entre vaginisme et pathologies dans les suites de couches.

4.3.5 L'état de l'enfant à la naissance

L'hypothèse de départ sur les complications néonatales n'est pas vérifiée. Les variables étudiées, ayant pour but d'évaluer les retentissements du vaginisme sur le nouveau-né, ne se sont pas révélées significatives. Une faible différence a été retrouvée pour les moyennes des scores d'Apgar. En effet, à 1 et 3 minutes de vie les moyennes sont légèrement inférieures chez les cas. En prenant en compte la répartition dans les groupes 1, 2 et 3, on constate qu'il y a moins de cas dans le groupe 1 que de témoins (3,12%). Cette différence de pourcentages se retrouve dans le groupe 2. Un effectif plus important de la population aurait peut être permis de démontrer une différence significative. Ces résultats peuvent s'expliquer par les taux plus important d'extractions instrumentales chez les cas.

Dans les suites de naissance, aucune pathologie n'a été retrouvée de façon significative. L'étude manque de puissance pour conclure à l'existence d'un lien entre le vaginisme et des suites de naissance pathologique.



4.4. Points forts de l'étude

Le principal point fort de cette étude est son exhaustivité. L'étude a permis d'évaluer les conséquences du vaginisme en obstétrique et plus particulièrement l'impact de celui-ci sur le mode d'accouchement.

La recherche de patiente souffrant de vaginisme dans les dossiers patients informatisés, a permis de créer un nouvel item (« Vaginisme ») situé au niveau de la notation du toucher vaginal, dans les pages de consultation. Cet item permet d'homogénéiser les données et faciliter le repérage de patientes souffrant de vaginisme, à la fois pour les besoins de l'étude mais également pour les professionnels et le suivi des patientes.

4.5. Points faibles de l'étude

Le principal point faible de l'étude réside dans son manque de puissance. En raison de faibles effectifs pour certaines données, nous n'avons pu conclure et ne mettre en évidence au mieux que quelques tendances.

Le nombre de sujets nécessaires à inclure a été calculé a posteriori pour les données mettant en évidence une tendance, avec une puissance de 80%, un risque $\alpha = 0,05$ et en majorant de 10% les effectifs, données non évaluables prises en compte.

Concernant la durée du travail, pour démontrer une différence d'une heure, il faudrait inclure un total de 350 sujets : 175 cas et 175 témoins (initialement 48 cas et 96 témoins).

Pour démontrer une augmentation de la durée d'hospitalisation pour les patientes ayant eu une césarienne, le nombre de sujets nécessaire est de 66 : 33 cas et 33 témoins (13 cas et 13 témoins initialement).

Les nombreuses données manquantes, notamment concernant les dossiers des grossesses de 2009, ont accentué les difficultés du recueil, en particulier sur le séjour en suites de couches et de naissance.



4.6. Préconisations

4.6.1 Développer l'expertise des professionnels

L'amélioration de la prise en charge de ces patientes doit dans un premier temps passer par une meilleure connaissance de cette pathologie par les professionnels au contact de ces femmes.

Discuter avec les professionnels de santé qui le souhaitent, notamment ceux réalisant majoritairement les consultations de suivi de grossesse, sur la diffusion d'une information sur le vaginisme, ses répercussions d'un point de vue obstétrical, ainsi que quelques éléments pour faciliter notre pratique et améliorer le vécu de la grossesse et de l'accouchement de ces femmes.

4.6.2 Quelle prise en charge des femmes enceintes souffrant de vaginisme

4.6.2.1. Un repérage précoce

Ne pas hésiter à aborder la sexualité notamment lors de l'entretien du 4^{ème} mois, afin de dépister ce type de pathologie et orienter le plus tôt possible, les femmes qui le souhaitent, vers un sexologue. Il est important pour ces femmes d'avoir une prise en charge personnalisée.

4.6.2.2. Un suivi de grossesse personnalisé

Le suivi par un professionnel unique pourrait favoriser la mise en place d'une relation de confiance, d'écoute et de compréhension.

Les consultations prénatales sont souvent sources d'angoisse en raison de la réalisation du toucher vaginal. Expliquer à ces patientes, dès la première consultation, que cet acte n'est pas nécessaire à chaque visite et qu'il peut n'être réalisé que si la patiente présente certains symptômes (contractions utérines...). En cas de nécessité du toucher vaginal, il peut être judicieux de proposer aux patientes une position différente pour les examens. La position de Sims (17) qui consiste à examiner les patientes en décubitus latéral peut être plus facilement acceptée.



Un spéculum de la plus petite taille possible (spéculum « de vierge ») associé à l'utilisation d'un lubrifiant et en respectant le plus possible un temps d'acceptation pour la patiente, peuvent être des solutions lorsque certains examens sont indispensables.

4.6.2.3. Prise en charge de la douleur pendant le travail

Pour l'accouchement, il semble essentiel de favoriser la pose d'une analgésie péridurale dès le début du travail pour faciliter les examens et améliorer le vécu des patientes vaginiques. En aucun cas, les césariennes de convenance n'apportent de bénéfice dans la gestion de cette pathologie.

4.6.2.4. Pendant le post-partum

En suites de couches, il semble difficile de prendre en charge cette pathologie. Le moment est peu propice aux discussions autour de la sexualité y compris pour les femmes ne souffrant pas de vaginisme. Il est cependant important, pour les patientes concernées, d'expliquer clairement, y compris à l'aide de schémas, le siège des déchirures ou épisiotomies. Ces informations auront pour but d'éviter toutes mauvaises compréhensions ou représentations erronées.

À défaut de pouvoir leur apporter une information orale sur la sexualité dans le post partum, il pourrait être intéressant de réaliser un fascicule reprenant certains conseils (utilisation de lubrifiant...). La discussion autour de la sexualité, tout comme la poursuite d'un suivi spécifique au vaginisme pourra être reprise lors de la consultation post natale.



Conclusion

L'étude a permis de mettre en évidence l'augmentation des risques de césariennes et d'extractions instrumentales chez les patientes souffrant de vaginisme confirmant ainsi certaines hypothèses de départ.

Néanmoins, nous n'avons pas retrouvé de différence concernant les lésions périnéales ni sur les complications néonatales.

Certaines tendances sont observées notamment en ce qui concerne l'augmentation de la durée du travail et l'augmentation de la durée du séjour en suites de couches pour les patientes ayant eu une césarienne.

Des données sur les origines possibles du vaginisme ont pu être mises en évidence. De manière significative, les traumatismes vécus sont plus fréquemment retrouvés chez les patientes souffrant de vaginisme. Le pays d'origine de ces femmes est également un élément important à prendre en compte. Les patientes originaires du Maghreb (Maroc, Tunisie et Algérie) ont un risque multiplié par 18 de présenter un vaginisme selon notre étude.

Des actions simples pourraient être mises en place afin de faciliter le vécu de la grossesse et de l'accouchement des femmes souffrant de vaginisme mais également d'améliorer les conditions d'examen des professionnels les prenant en charge.

En outre la grossesse pourrait être l'opportunité d'une prise en charge ultérieure de la pathologie sur du plus long cours.



Références bibliographiques

1. COULOMB M.A. Le vaginisme : en théorie. SEXOGYN 2012.pdf [Internet]. Disponible sur : <http://aius-sexogyn.fr/files/67/COULOMB.pdf>. Consulté le 26 avril 2016
2. GRAFEILLE N. On ne peut pas me pénétrer (2009) [Internet]. Disponible sur : <http://www.aihus.fr/prod/data/Congres/AIHUS2009/Diapos/28-1-Samedi-Lille-2009-Mat/08-VAGINISME%202009%20GRAFEILLE.pdf>. Consulté le 26 avril 2016
3. TOMER G., AMALIA Levy, EYAL Sheiner, Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery, volume 22, numéro 10, p 863-866, 2009 [Internet]. Disponible sur : <http://www.pubfacts.com/detail/19701866/Vaginismus-as-an-independent-risk-factor-for-cesarean-delivery>. Consulté le 10 octobre 2016
4. MOLLER L., JOSEFSSON A., BLADH M., Reproductions and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia : a Swedish register-based study (2015) [Internet]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24990073>. Consulté le 30 novembre 2016
5. Encyclopédie Larousse en ligne extrait de l'ouvrage « Larousse médical » – dyspareunie et vaginisme [Internet]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/encyclopedie>. Consulté le 7 octobre 2016
6. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie-Gynécologie sexualité- Niveau DCEM2 [Internet]. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.2.html>. Consulté le 10 octobre 2016
7. MIMOUN S. CNGOF. En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemple des dyspareunies chroniques. (2005) [Internet]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GM_191_mimoun.pdf. Consulté le 10 octobre 2016
8. BERGERON S. Introduction à l'évaluation et au traitement des dysfonctions sexuelles séminaires p80 à 96. [Internet]. Disponible sur : <http://www.cripcas.ca/fr/communications/seminaires-tout/seminaires-09-10?download=192:28-janvier-2010>. Consulté le 7 octobre 2016
9. P. DESVAUX. Vaginisme [Internet]. Disponible sur : https://moodle.medecine.parisdescartes.fr/pluginfile.php/26307/mod_resource/content/0/5-Vaginisme.pdf?forcedownload=1. Consulté le 10 octobre 2016
10. CNGOF Sexualité normale et ses troubles [Internet]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item40/site/html/3.html>. Consulté le 7 octobre 2016

11. COLSON M.H. Non consommation du mariage et vaginisme. (2006) [Internet]. Disponible sur: <http://sfms.free.fr/cube/2006-issm-colson01.pdf>. Consulté le 10 octobre 2016
12. BANSAL S. Too phobic to push Birth. 34:3. 2007. p.273 [Internet]. Disponible sur <http://opensample.info/too-phobic-to-push>. Consulté le 10 octobre 2016
13. BELLARDI N., KARPEL L. Prise en charge des patientes vaginiques de la grossesse à l'accouchement. Article original. Profession Sage-femme N°205. Mai 2014. p.22-28. [Périodique]. Consulté le 26 mai 2016
14. GRULIER A. Pour une meilleure prise en charge des femmes souffrant de vaginisme lors de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites. Mémoire de sage-femme présenté en 2010. Ecole universitaire de maïeutique de Marseille Méditerranée. [Mémoire]. Consulté le 2 juin 2016
15. INED Institut national d'études démographiques, Age moyen à la maternité. [Internet]. Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>. Consulté le 3 mars 2017.
16. INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, DAVIE. E. Un premier enfant à 28 ans. N°1419. Paru le 19/10/2012. [Internet]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068>. Consulté le 26 mars 2017.
17. QUIRET-ROUSSELLE B. Vaginisme et grossesse : une meilleure compréhension pour une meilleur prise en charge. 5^{ème} Assises françaises de sexologie et de santé sexuelle. Communication libre n°3. Mars 2012. p.147-152. [Etude]. Consulté le 5 mars 2017.
18. VALOIS M J. Etude exploratoire des signifiants sexoanalytiques du vaginisme primaire : un cas clinique. [Internet]. Disponible sur http://psychaanalyse.com/pdf/trouble_sexuel_vaginisme_cas_clinique.pdf. Consulté le 25 mars 2017



Annexes

Annexe 1 : Division détaillée du vaginisme par le Dr Coulomb M.A.

Présentée au cours du congrès médical des journées Sexogyn en 2012.

- Sélectif ou situationnel où seules certaines pénétrations sont impossibles
- Absolue où aucune pénétration n'est possible
- Superficiel ou inférieur du fait des muscles en jeu, le muscle constricteur de la vulve, partie superficielle du périnée antérieure
- Profond ou supérieur qui concerne les muscles releveurs de l'anus
- Et compliqué, le vaginisme est accompagné d'autres troubles tels que l'anorgasmie ou anaphrodisie.

Annexe 2 : Classification de Lamont (1978) et Pacik (2005) du vaginisme

Division en 5 grades :

- Grade 1 : spasmes musculaires qui peuvent céder une fois la patiente rassurée.
- Grade 2 : spasmes ne cédant pas à l'examen gynécologique mais celui-ci demeure possible.
- Grade 3 : spasmes associés à une contraction des fessiers lors de l'examen.
- Grade 4 : reprend le grade 3 avec en plus une contraction du dos, une adduction des cuisses et la rétraction réflexe des membres inférieurs comme position de défense.
- Grade 5 : reprend le grade 4 accompagné de « manifestations végétatives » liées à une peur panique, ainsi que le refus catégorique de tout examen.



Vaginisme, complications obstétricales et néonatales : mythe ou réalité ?

L'objectif de ce mémoire était de vérifier l'hypothèse d'un lien entre le vaginisme et des complications obstétricales et néonatales. L'étude cas/témoins réalisée à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges a permis de mettre en évidence une augmentation significative du taux de césariennes et d'extractions instrumentales chez les patientes souffrant de vaginisme. L'étude de la population a mis en évidence des facteurs de risque à l'origine du vaginisme, notamment le pays d'origine et les traumatismes. En effet, nous avons constaté que les patientes d'origine maghrébine, tout comme celles ayant subi des traumatismes, ont plus de risque de souffrir de vaginisme. Plusieurs préconisations pour le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le post partum ont été émises afin d'améliorer le vécu de ces patientes mais également faciliter la prise en charge par les professionnels.

Mots-clés

Vaginisme – Mode d'accouchement – Préconisations

