

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNEE 2012

MEMOIRE N°

**PRISE EN CHARGE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTES AVEC
UN PERINEE COMPLET OU COMPLET COMPLIQUE**

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

présenté et soutenu publiquement

le 14 Mai 2012

par

Laure PASTAUD

née le 17 Janvier 1988, à Brive

M. Hugues CALY.....Directeur du mémoire

Mme Marie-Noëlle FAURY.....Guidante du mémoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement,

Madame Marie-Noëlle FAURY, directrice de l'école de sages-femmes de Limoges, pour m'avoir guidée dans la réalisation de ce mémoire,

Monsieur Hugues CALY, gynécologue-obstétricien à l'Hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges, qui a dirigé ce mémoire et m'a donné de précieux conseils tout au long de mon travail,

Les sages-femmes et étudiants sages-femmes en unité mère-enfant qui ont participé à la distribution des coupons informatifs pour les patientes concernées par cette étude.

Un grand merci à toutes et à tous pour leur patience et leur bienveillance.

Je remercie également ma famille, mon futur mari, et mes amies de promotion qui ont cru en mon travail et qui m'ont soutenue dans sa réalisation.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
1. ANATOMIE DU PLANCHER PELVIEN ET DEFINITIONS DES DECHIRURES PERINEALES.....	5
2. FACTEURS DE RISQUE DES DECHIRURES PERINEALES DES 3ÈME ET 4ÈME DEGRES.....	8
3. PRISE EN CHARGE.....	11
3.1 Lors de l'accouchement.....	12
3.2A moyen terme.....	13
3.3A long terme.....	14
3.4La rééducation périnéale.....	15
3.5Recommandations (8).....	16
4. CONSEQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DES PERINEES COMPLETS NON COMPLIQUES ET COMPLIQUES	17
4.1Les conséquences physiques.....	18
4.2Les conséquences psychologiques.....	19
5. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	21
5.1Constat.....	22
5.2 Problématique.....	23
5.3 Objectif de recherche.....	24
5.4 Hypothèses de recherche.....	25
5.5 Intérêt de l'étude.....	26
5.6 Schéma d'étude.....	27
1. RESULTATS DE L'ETUDE.....	30
1.1Présentation de la population.....	31
1.2Présentation des résultats.....	32
2. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	39
2.1Critiques de la démarche.....	40
2.2Analyse et discussion.....	41
2.3Propositions.....	43
CONCLUSION.....	45

ANNEXES.....	47
1.OBJECTIF.....	53
2. DOMAINE D'APPLICATION.....	53
3. DOCUMENTS DE REFERENCE ET ASSOCIES.....	54
4.EVOLUTION.....	54
5.DIFFUSION.....	54
6.DEFINITIONS ET ABREVIATIONS.....	54
7.GESTION DES DOCUMENTS ET DES ENREGISTREMENTS.....	54
8. DESCRIPTION.....	54
REFERENCES.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	58
TABLE DES MATIÈRES.....	60

INTRODUCTION

La grossesse et la mise au monde d'un enfant sont des événements physiologiques pour une femme, mais représentent aussi de véritables épreuves physiques et psychiques. Grossesse et post-partum constituent un temps de bouleversements intenses, affectant le corps féminin dans sa réalité physiologique, psychique, affective et sexuelle. Le vécu corporel et symbolique de l'accouchement peut affecter les sensations d'intégrité, de déchirement, d'expulsion ou de vide, et la femme doit s'adapter aux modifications du ressenti suite à son accouchement.

Parfois, un accouchement difficile laisse des séquelles physiques, des cicatrices périnéales importantes souvent sources de complications futures, et génératrices d'angoisses propres à l'histoire de chaque femme. Les lésions périnéales les plus graves sont appelées déchirures du 3^{ème} degré (ou périnée complet), et déchirures du 4^{ème} degré (ou périnée complet compliqué). Suite à ces types de traumatismes, certaines femmes manifestent en suites de couches de véritables états anxieux se surajoutant à la fragilité psychique, la douleur physique et l'asthénie déjà présentes. La sage-femme a donc un rôle majeur à jouer dans la prise en charge physique et psychologique de ces patientes, des premiers jours suivant la naissance jusqu'au suivi à plus long terme.

Dans les services de suites de couches, des protocoles sont prévus pour la prise en charge des patientes présentant un périnée complet ou complet compliqué. Ils consistent en la mise en place de mesures diététiques et de thérapeutiques adaptées. A la maternité de l'Hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges, ces protocoles sont suivis. Les patientes bénéficient donc d'une prise en charge physique. Concernant la prise en charge psychologique, elle dépend de l'appréciation par le personnel soignant de l'état psychique des femmes pendant leur hospitalisation.

Le travail suivant a pour objectif de réaliser un état des lieux de la réponse donnée aux besoins physiques et psychologiques des patientes présentant une déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré à l'HME de Limoges. Pour cela, nous aborderons dans un premier temps l'anatomie du plancher pelvien et les définitions des différentes déchirures périnéales, ainsi que les facteurs de risques des périnées complets non compliqués et complets compliqués. Les principes de la prise en charge actuelle de ces lésions obstétricales, du post-partum immédiat à plus long terme, seront ensuite présentés. Nous décrirons également les éventuelles complications afin de mieux comprendre les objectifs de cette prise en charge. La présentation de l'étude fera suite, ainsi que la présentation et l'analyse des résultats obtenus suivies d'une discussion.

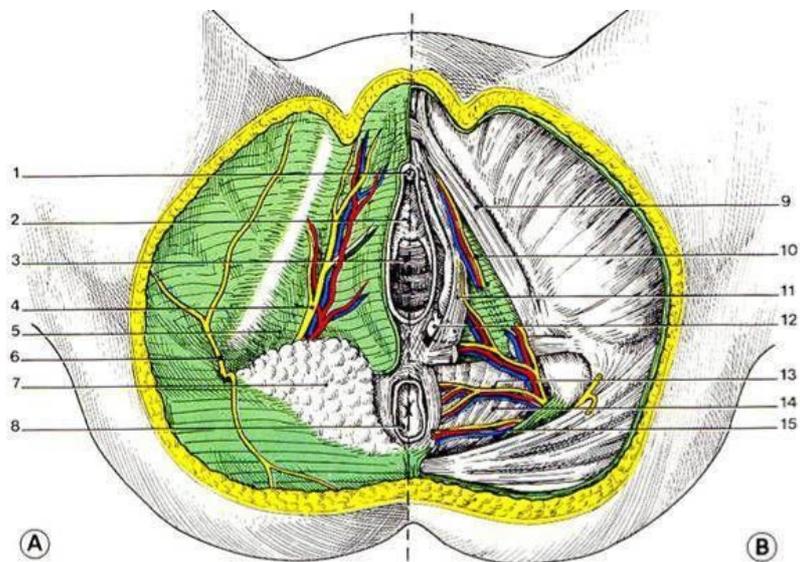
1. ANATOMIE DU PLANCHER PELVIEN ET DEFINITIONS DES DECHIRURES PERINEALES

En obstétrique, le périnée correspond au diaphragme pelvien : il s'agit d'une cloison musculo-aponévrotique obstruant la filière pelvienne, cadrée par le bassin ostéo-fibreux. Il est divisé en deux parties triangulaires, une antérieure traversée par l'urètre et le vagin (périnée antérieur), et une postérieure traversée par le canal anal (périnée postérieur). Le diaphragme pelvien est constitué de trois plans (1) :

Le plan profond formé par :

- Le diaphragme des releveurs de l'anus, avec un faisceau interne élévateur qui soutient tous les organes pelviens (rôle le plus important dans la statique pelvienne), et un faisceau externe sphinctérien qui, relâché, permet l'ouverture de la fente uro-génitale.
- Deux muscles ischio-coccygiens tendus des épines sciatiques jusqu'à la pointe du coccyx.

Le plan profond



RITEAU A-S. : Le périnée féminin de la superficie à la profondeur. Nantes : Maîtrise en sciences biologiques et médicales Université de médecine de Nantes. 2003 – 16

A- région sous-cutanée B- plan superficiel du périnée

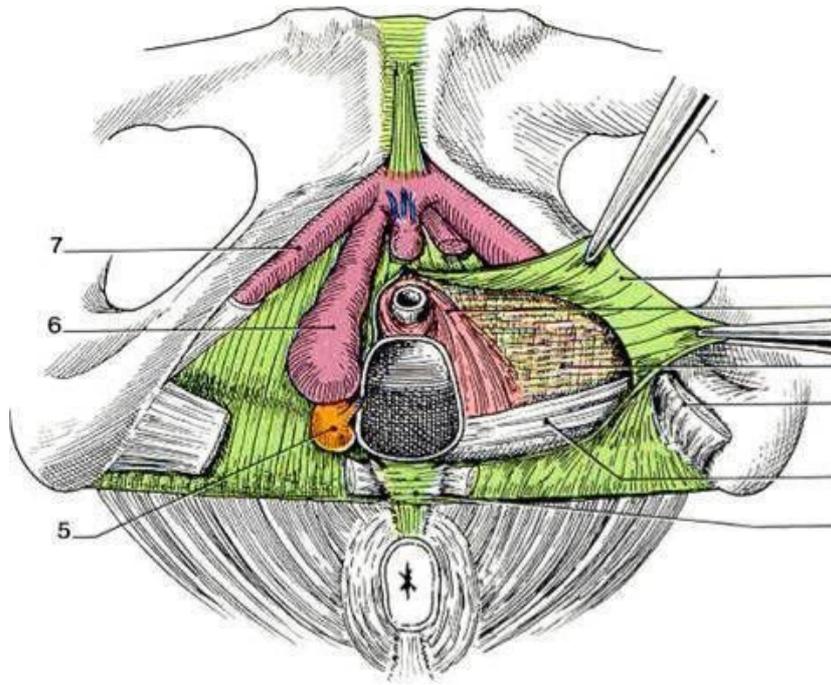
1- clitoris 2- méat urinaire 3- vagin 4- a, v, n périnéaux superficiels 8- anus

- 9- m. ischio-caverneux 10- nerf bulbo-urétral 11- m. bulbo-caverneux
 12- glande vestibulaire majeure 13- n. rectal inférieur 14- m. élévateur de l'anus
 15- m. sphincter externe de l'anus

Le plan moyen composé de deux muscles :

- Le transverse profond tendu transversalement de la face interne de l'ischion jusqu'au noyau fibreux central du périnée.
- Le sphincter externe de l'urètre qui a un rôle essentiel dans la continence urinaire (une couche interne circulaire, et une couche externe arciforme rejoignant le noyau fibreux central).

Le plan moyen



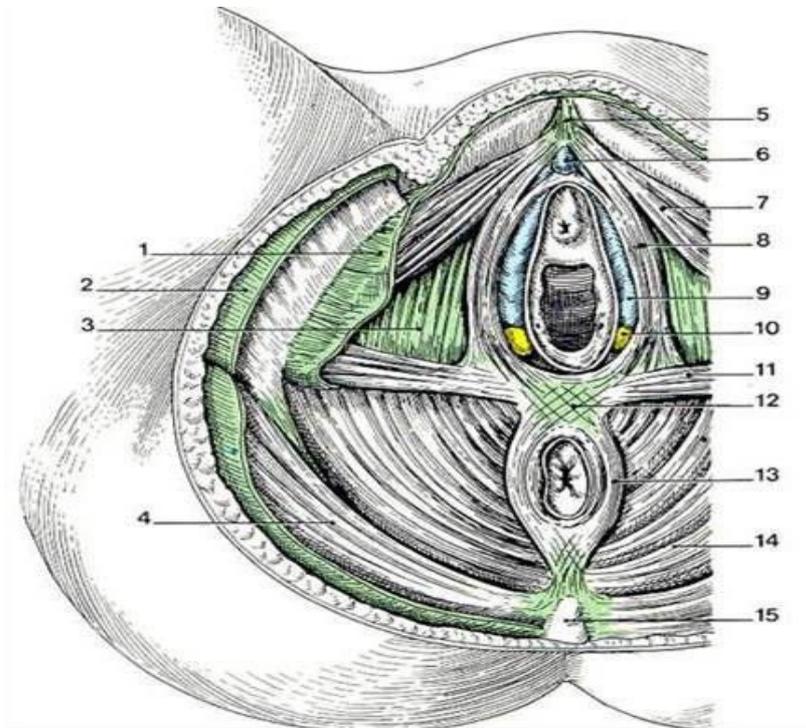
RITEAU A-S. : Le périnée féminin de la superficie à la profondeur. Nantes : Maîtrise en sciences biologiques et médicales Université de médecine de Nantes. 2003 – 12

- 1- feuillet inférieur de l'aponévrose périnéale moyenne
 2- muscle transverse superficiel 3- muscle transverse profond
 4- centre tendineux du périnée 5- glande vestibulaire majeure
 6- bulbe vestibulaire 7- piliers du clitoris
 8- sphincter externe de l'urètre 9- feuillet profond de l'aponévrose périnéale moyenne

Le plan superficiel comprenant cinq muscles :

- Le transverse superficiel, l'ischio-caverneux, le bulbo-caverneux et le constricteur de la vulve formant le périnée antérieur.
- Le sphincter externe de l'anus (périnée postérieur).

Le plan superficiel



RITEAU A-S. : Le périnée féminin de la superficie à la profondeur. Nantes : Maîtrise en sciences biologiques et médicales Université de médecine de Nantes. 2003 – 8

- 1- aponévrose superficielle 3- aponévrose moyenne 4- muscle gluteus maximus
 6- clitoris 7- muscle ischio-caverneux 8- muscle bulbo-caverneux
 9- bulbe vestibulaire 10- glande vestibulaire majeure 11- muscle transverse superficiel
 12- centre tendineux 13- sphincter externe de l'anus 14- muscle élévateur de l'anus
 15- coccyx

Il existe une classification des déchirures périnéales :

- La déchirure du 1^{er} degré est superficielle, elle intéresse la peau et/ou la muqueuse vaginale.
- La déchirure du 2^{ème} degré atteint en plus le noyau fibreux central du périnée.

- Le périnée complet non compliqué correspond à une déchirure du 3^{ème} degré, c'est-à-dire que la lésion atteint la muqueuse vaginale, la peau à partir de la fourchette vers l'orifice anal, tout ou une partie du noyau fibreux central, et enfin le sphincter externe de l'anus (en dehors de la ligne médiane). Notons trois sous-types : 3a avec moins de 50% des fibres du sphincter externe atteintes, 3b avec plus de 50% des fibres atteintes, et 3c avec atteinte des sphincters externe et interne.
- Le périnée complet compliqué correspond à une déchirure du 4^{ème} degré : la lésion ouvre, en plus des éléments précédents, le sphincter anal interne et la muqueuse ano-rectale sur 2 à 5 cm. Les extrémités du sphincter externe sont rétractées tandis que le sphincter interne reste adhérent à la sous-muqueuse anale (2).

2. FACTEURS DE RISQUE DES DECHIRURES PERINEALES DES 3^{ÈME} ET 4^{ÈME} DEGRES

Les facteurs de risque les plus fréquents de ces traumatismes pelvi-périnéaux lors de l'accouchement par voie basse sont :

- la primiparité
- l'accouchement instrumental par forceps ou ventouse
- les manœuvres obstétricales
- un périnée cicatriciel
- un périnée ayant subi une infibulation ou une excision
- une distance ano-pubienne inférieure à 6 cm
- une distance ano-vulvaire inférieure à 3 cm
- la texture du périnée (tissus trop fragiles ou trop résistants)
- l'épisiotomie médiane
- la durée prolongée du travail
- la durée prolongée de l'expulsion
- l'expulsion trop rapide «en boulet de canon»
- le poids de naissance élevé (> 4000 g)
- le périmètre crânien de l'enfant élevé (> 370 mm)
- les présentations du sommet occipito-sacré, de la face, et les présentations du siège
- l'expérience de l'accoucheur

La proximité anatomique entre la filière uro-génitale et le canal anal est à l'origine des principales conséquences de l'accouchement par voie basse sur le périnée postérieur.

Les contraintes exercées lors de l'expulsion fœtale sur l'appareil sphinctérien anal sont la source de déchirures dont le retentissement sur la continence anale est immédiat ou plus tardif.

Les déchirures périnéales des 3^{ème} et 4^{ème} degrés compliquent entre 0,5 et 1% des accouchements par la voie basse (5).

A L'HME de Limoges, 0.9% des accouchements par voie basse se compliquent d'un périnée complet non compliqué.

3. PRISE EN CHARGE

3.1 Lors de l'accouchement

Tout d'abord, les périnéés complets et complets compliqués doivent être soigneusement dépistés et suturés en salle de naissance, la suture de ce type de déchirure étant de la compétence du gynécologue obstétricien et non de la sage-femme.

3.2 A moyen terme

A moyen terme, la prise en charge est basée sur la prévention des différentes complications. Comme suite à toute déchirure périnéale, le soignant veille en suites de couches à une bonne hygiène locale des patientes pour favoriser la cicatrisation de la plaie, puis prescrit en systématique des antalgiques (utilisés à la demande). La glace et les bouées sont également largement utilisées. Il est parfois nécessaire de prescrire des anti-inflammatoires et/ou des anti-œdémateux. C'est notamment le cas lors de déchirures des 3^{ème} et 4^{ème} degrés.

Les protocoles de prise en charge des périnéés complets non compliqués et complets compliqués de l'HME de Limoges sont les suivants :

Les patientes doivent être vues systématiquement par la diététicienne : un régime riche en fibres végétales augmente le nombre et le poids des selles et accélère le temps de transit colique, et un régime sans résidu limite la formation des selles en réduisant les résidus alimentaires dans l'intestin. Le but de ces régimes est de prévenir toute complication dans le processus de cicatrisation de la plaie.

- **Périnée complet non compliqué :**

L'objectif est d'obtenir des selles molles afin de favoriser la défécation (et donc d'éviter toute constipation). Le protocole dure 3 semaines.

Pendant l'hospitalisation : un régime riche en fibres (1 crudité ou 1 potage + moitié féculents moitié légumes + 1 fruit ou 1 compote à chaque repas) et du Lansoyl® (paraffine en gel oral unidose) à adapter en fonction du transit d'avant la grossesse.

Si le transit est accéléré (plus de 3 selles/jour ou selles très molles) : 1 Lansoyl®/jour.

Si le transit est normal (1 à 2 selles/jour) : 2 Lansoyl®/jour.

Si le transit est lent (moins d'1 fois/jour ou selles dures) : 3 Lansoyl®/jour.

Pour la sortie : un régime riche en fibres et du Lansoyl® pendant 2 semaines si la patiente est constipée ou a des selles dures.

- **Périnée complet compliqué :**

L'objectif est de ne pas avoir de selles pendant une semaine afin de favoriser la cicatrisation (limitation du risque de lésion de la plaie puis d'infection), puis que les selles soient molles pendant 2 semaines pour favoriser la défécation. Le protocole dure 3 semaines.

Pendant l'hospitalisation : un régime sans résidu sans Lansoyl® pendant 6 jours, et le 6^{ème} jour un régime sans résidu plus 3 Lansoyl®.

Pour la sortie (à partir du 7^{ème} jour) : un régime riche en fibres plus du Lansoyl® pendant 4 jours à adapter en fonction du transit d'avant la grossesse, puis la poursuite du régime riche en fibres avec du Lansoyl® pendant 10 jours si la patiente est constipée ou a des selles dures.

De plus, dans les deux cas, une antibioprophylaxie est mise en place durant l'hospitalisation afin de prévenir le risque infectieux. En effet, un retard de cicatrisation par infection directe de la plaie lors d'un soin, par macération prolongée et/ou à cause d'une mauvaise hygiène de la patiente, peut conduire à la généralisation de l'infection.

3.3 A long terme

A plus long terme, les patientes se rendent à la visite post-natale comme toute accouchée six à huit semaines après la naissance ; puis une échographie transpérinéale est réalisée au bout de trois mois maximum. Cet examen permet de visualiser et de localiser les ruptures, de repérer leur siège sur l'anneau sphinctérien et leur hauteur. Il est indolore. D'autres explorations fonctionnelles peuvent être réalisées, telles que la manométrie ano-rectale qui est un examen indolore quantifiant l'incontinence, ou l'électrophysiologie qui explore les différents étages neurologiques potentiellement lésés. De plus, comme la majorité des accouchées, elles bénéficient de séances de rééducation périnéale (nombre de séances et techniques utilisées adaptées à la gravité des lésions et en fonction des résultats obtenus). Le début des séances est conseillé après le contrôle échographique, cependant certaines patientes désirent commencer avant.

La surveillance des femmes victimes d'un traumatisme sphinctérien obstétrical va permettre de préciser le rôle préventif d'une césarienne lors des accouchements ultérieurs.

3.4 La rééducation périnéale

Les séances de rééducation du périnée chez les patientes ayant présenté une déchirure grave lors de leur accouchement sont d'autant plus efficaces qu'elles sont débutées après un bilan complet de la lésion en post-partum. Il est donc important, avant la prise en charge en rééducation, de rechercher toute incontinence (urinaire ou anale) et d'écartier ce qui n'en est pas (une fistule par exemple), mais également de prendre en compte toute affection neurologique normalement dépistée par les examens complémentaires précédents. Il est parfois nécessaire de différer cette rééducation en cas d'infection urinaire, vaginale ou troubles trophiques.

La première séance débute par un interrogatoire afin de noter les antécédents médicaux et chirurgicaux, de définir le type d'incontinence (incontinence urinaire d'effort, urgenturies, fuites de gaz...), son importance, les symptômes associés (signes fonctionnels urinaires, prolapsus...), l'environnement (activité professionnelle, loisirs, sports...) et la motivation de la patiente, puis de rechercher un éventuel handicap.

Ensuite, un examen clinique permet d'orienter le choix des techniques qui seront utilisées. Au cours des séances ultérieures, il permet de suivre l'évolution et d'évaluer les résultats. Une inspection locorégionale de la trophicité des tissus (recto-anale et périnéale), de la cicatrice et des pertes est effectuée, ainsi qu'un examen neurologique et un testing manuel des releveurs de l'anus. Ce testing peut être réalisé patiente couchée puis debout, afin d'évaluer la maîtrise périnéale dans les deux positions, et d'adapter par la suite les exercices.

Dans le cas d'incontinence urinaire, une mesure de cette incontinence est réalisée grâce à différents tests : Pad-Test (appréciation quantitative), échelle MHU (Mesure du Handicap Urinaire), calendrier mictionnel, index de fuite et index d'activité sociale. Il est également important d'évaluer la qualité de vie des patientes à l'aide de l'échelle CONTILIFE®, explorant le retentissement de l'incontinence sur la qualité de vie.

Le déroulement des séances sera fonction des indicateurs de surveillance (calendrier mictionnel, testing et quantification des fuites) et de résultats (quantification des fuites, qualité de vie et testing). Quatre temps sont nécessaires : l'information (avec consentement éclairé donné), la prise de conscience de la patiente, les exercices du plancher pelvien pour développer les qualités musculaires, et la maîtrise périnéale.

Le choix de la technique de rééducation dépend de l'indication posée suite au premier bilan. Les différentes techniques de rééducation du périnée sont les suivantes :

- Le travail manuel intra-vaginal des muscles du plancher grâce à un toucher vaginal où le thérapeute recherche une mise en tension des releveurs, une contraction statique, concentrique ou excentrique, la maîtrise des contractions parasites (mauvaise synergie abdomino-périnéale, inversion de commande...) ainsi que le verrouillage périnéal avant l'effort.

- Le biofeedback instrumental où la patiente peut prendre conscience de la contraction périnéale par un rétrocontrôle visuel ou sonore. Les capteurs utilisés sont des électrodes de surface pour électromyographie (EMG) ou endo-cavitaire, ou des ballonnets endo-cavitaires.
- L'électrostimulation qui a plusieurs objectifs comme le réveil musculaire, l'assistance musculaire, l'aide à la prise de conscience du plancher pelvien par les contractions, et l'inhibition vésicale. Différents protocoles existent donc selon l'objectif recherché. Cette technique est contre-indiquée en cas de dénervation périphérique, de pacemaker, d'infection ou tumeur locale, d'hypoesthésie périnéale ou de grossesse. Il faut donc être prudent en cas de périnée complet ou complet compliqué, et s'assurer de l'état des tissus grâce à l'échographie de contrôle réalisée précédemment.

L'incitation à une auto prise en charge par exercices du plancher pelvien est primordiale pour les effets à distance de la rééducation.

Douze séances sont prescrites initialement, mais des séances supplémentaires peuvent être rajoutées en fonction des résultats obtenus :

- une analyse de l'échec et des conditions de réalisation de la rééducation sera faite en cas d'absence d'effet,
- d'autres séances sont prescrites en cas d'effet insuffisant,
- enfin un auto-entretien ainsi qu'un contrôle à distance (six mois à un an) sont décidés en cas d'effet suffisant.

3.5 Recommandations (8)

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) propose le schéma thérapeutique suivant :

« En présence d'une incontinence anale du post-partum, même minime : impériosité de selles, incontinence anale aux gaz, malgré la rééducation périnéale habituelle, un premier bilan comprenant une manométrie ano-rectale et une échographie endo-anale sera réalisé à trois mois (annexes I, II et III). Le dépistage de ces symptômes, souvent dissimulés par les patientes, est essentiel pour une prise en charge thérapeutique précoce et efficace. Il doit être fait, au même titre que la recherche d'un dysfonctionnement urinaire, à la visite obligatoire post-natale. En l'absence de résultats manométrique ou échographique préoccupants, la récupération physiologique sera attendue en renforçant éventuellement la kinésithérapie habituelle par des séances de rééducation par biofeedback voire d'électrostimulation périnéale postérieure. En cas de lésion sphinctérienne authentifiée par échographie, ces examens seront répétés après trois mois. Une électrophysiologie périnéale permettra d'évaluer une éventuelle dénervation associée avant de poser l'indication chirurgicale. »

En cas d'indication chirurgicale, plusieurs techniques de réparation du sphincter existent. Dans le cas d'une rupture de moins de la moitié de l'anneau sphinctérien, une suture bout à bout du sphincter ou en paletot peut être réalisée. Dans 80% des cas, on constate une amélioration des symptômes et du defect échographique. Concernant la réparation du sphincter interne grâce à une suture en deux couches, les résultats sont contestés. De plus, la réparation isolée du sphincter interne n'est pas actuellement démontrée comme bénéfique. Lorsque la patiente souffre d'une neuropathie du nerf pudendal, les résultats d'une chirurgie doivent être nuancés.

« Si l'incontinence anale est immédiatement secondaire à un accouchement compliqué d'une déchirure périnéale de grade 3 ou 4, et ce malgré une réparation primaire, il est licite de réaliser la réparation secondaire de façon plus précoce.

En cas d'incontinence anale persistante et en l'absence de rupture du sphincter, une neuropathie isolée fera discuter une rééducation par biofeedback ou une autre technique chirurgicale : « *post-anal repair* » isolé ou associé à un geste antérieur. »

Aucune recommandation n'est publiée concernant la prise en charge psychologique, donc aucun suivi systématique n'est mis en place. Cependant, un entretien avec un(e) psychologue est souvent proposé aux patientes présentant des troubles lors de l'hospitalisation en maternité. De plus, les sages-femmes en suites de couches sont attentives à ces patientes fragiles, et disponibles devant toute détresse psychologique. Il en est de même pour les professionnels de santé prenant en charge ces femmes dans la suite du post-partum.

Devant la singularité de ces traumatismes obstétricaux, il est aujourd'hui légitime d'évaluer la prise en charge proposée aux patientes.

4. CONSEQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DES PERINEES COMPLETS NON COMPLIQUES ET COMPLIQUES

4.1 Les conséquences physiques

Les complications communes à toutes les déchirures périnéales sont l'hémorragie, l'hématome, l'infection, la douleur, l'asymétrie vulvaire, la dyspareunie et l'incontinence urinaire et anale (3). Les périnées complets non compliqués et complets compliqués majorent surtout les risques de dyspareunie, d'incontinence urinaire et d'incontinence anale.

4.1.1 La dyspareunie

La dyspareunie est un trouble algique de la sexualité ; elle se définit comme une douleur persistante ou récurrente lors des tentatives de pénétration complète ou incomplète et/ou au cours de la pénétration elle-même. Il existe trois types de dyspareunies : superficielles ou d'intromission, de présence et profondes, balistiques ou de choc (4). A noter qu'une femme souffrant de dyspareunie exprime le plus souvent un désintérêt progressif pour la sexualité. Cette complication apparaît donc lors de la reprise des rapports sexuels en post-partum, généralement après cicatrisation complète de la plaie (environ trois semaines).

La prévalence de la dyspareunie en post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50%, la durée moyenne des symptômes est de quatre mois. La déchirure périnéale est un facteur de risque pour la dyspareunie du post-partum immédiat. Les troubles sexuels peuvent persister plus longtemps en cas de déchirure grave. En 2001, une étude de Signorello démontre que, sur 68 patientes présentant un périnée complet, 61% souffrent de dyspareunie trois mois après leur accouchement, et 27% en souffrent six mois après leur accouchement (5). En 2008, Brubacker retrouve, sur 198 patientes avec un périnée complet, 35% de dyspareunies six mois après l'accouchement (5).

4.1.2 L'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est un symptôme multifactoriel. Médicalement elle se définit comme la perte involontaire d'urine à travers un urètre anatomiquement normal, résultant d'une rupture de l'équilibre vésico-sphinctérien. L'Indicateur Capital Santé (outil créé au VIème Forum Scientifique Unesco permettant de mieux gérer son capital santé) (ICS) la définit comme une condition dans laquelle la perte involontaire d'urine constitue un problème social ou d'hygiène, et peut être objectivement démontrée (6). Elle se divise en trois catégories : l'incontinence urinaire d'effort (telle que lors des rires, de la toux, du lever...), l'urgenterie (mictions impérieuses), et l'incontinence urinaire mixte associant les deux.

Lors de l'accouchement, il peut y avoir une dénervation périphérique partielle de la musculature du plancher pelvien entraînant une augmentation du taux d'incontinences urinaires d'effort et des mictions impérieuses. La survenue d'une incontinence urinaire est donc d'autant plus fréquente que le traumatisme périnéal est grand. Elle apparaît dès les premiers jours suivant l'accouchement et peut se prolonger à long terme sans rééducation périnéale adaptée.

La prévalence des incontinences urinaires dans le post-partum varie selon les auteurs : 6,45% (Sengler), 14% (Mellier), 14% (Beck) (6). Il s'agit ici de prévalences générales non spécifiques aux déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degrés.

4.1.3 Altération de la fonction anale

Le risque d'altération de la fonction anale est fonction de l'importance de la déchirure et de l'atteinte combinée du sphincter externe et du sphincter interne. La patiente se plaint d'avoir des difficultés à retenir les gaz, à un stade plus avancé il peut s'agir d'une incontinence aux selles molles, voire d'une incontinence fécale totale avec perte du besoin d'exonération.

La fréquence de l'incontinence anale après un premier accouchement est de 13%. Elle ne concerne, le plus souvent, que les gaz même si 1 à 2% des primipares n'arrivent pas à retenir les selles liquides. Cette incontinence post-obstétricale évolue au cours du temps. Il semble en effet qu'elle diminue en fréquence et en intensité au cours des mois qui suivent l'accouchement. En revanche, il est probable que les accouchements traumatiques successifs provoquent des lésions irréversibles responsables d'une incontinence anale chez la femme d'âge « mûr ». Ainsi, vingt ans après un accouchement, le taux d'incontinences passe de 3% en cas d'accouchement non compliqué à 29% en cas de déchirure périnéale (7).

Dans le cas des périnées complets non compliqués et compliqués, une incontinence anale est notée dans 17 à 47% des cas, malgré le traitement initial. Il s'agit, dans les deux tiers des cas, d'une incontinence modérée aux gaz ou d'une impériosité à la défécation, d'où l'importance d'un interrogatoire systématique. A l'échographie endo-anale, il existe une persistance d'un défaut sphinctérien dans 65 à 80% des cas, en dépit de la réparation chirurgicale initiale. Toutes les femmes symptomatiques, même transitoirement, ont une rupture sphinctérienne. Le devenir de ces femmes est mal connu, une grande proportion de celles qui ont un défaut à l'échographie verront s'aggraver leurs symptômes lors des accouchements ultérieurs et au moment de la ménopause. Il existe un risque d'incontinence définitive significatif (17%) après un autre accouchement chez les femmes ayant eu une incontinence transitoire après un périnée complet (8).

De plus, les fistules ano ou recto-vaginales peuvent compliquer la réparation primaire des lésions périnéales de grade 4.

4.2 Les conséquences psychologiques

La grossesse et le post-partum sont des périodes de remaniements psychiques. En effet, l'épuisement physique et nerveux de l'accouchement, le sentiment d'être « vidée » narcissiquement, la rencontre avec le « bébé réel » et ses besoins, le deuil de « l'enfant imaginaire », le délaissement de la jeune accouchée au profit du nouveau-né, l'accès au nouveau statut de mère sont autant de facteurs somatiques et psychologiques favorisant cet état de fragilité.

La survenue de lésions liées à l'accouchement par la voie basse, telles que les périnéales complets et complets compliqués, peut alors être source d'anxiété supplémentaire en lien avec les possibles complications futures.

La sexualité est mise à rude épreuve suite à un accouchement, d'autant plus s'il entraîne de graves déchirures. La région périnéale, avant lieu de plaisir et symbole de féminité, devient lieu de douleurs et de craintes après un traumatisme obstétrical. Pour de nombreuses patientes, ce corps douloureux et abîmé altère leur image de femme. Celles présentant une déchirure périnéale redouteront les premiers rapports sexuels par peur de la douleur. Il faudra donc, pour elles, un temps de cicatrisation et de réappropriation d'un corps érotisé (9).

L'incontinence urinaire, et plus encore l'incontinence anale, ne les renvoient pas à une image de femme séduisante et féminine, et peut créer une insécurité lors de rapports sexuels. La sexualité est alors souvent mise de côté car il faut s'aimer soi-même et être sûre dans son corps pour pouvoir le montrer à son partenaire. L'incontinence est une condition qui amène souvent chez les patientes un état de détresse psychologique. Les répercussions sur la qualité de vie sont importantes : l'incontinence urinaire par impériosité est souvent la plus mal vécue, moins contrôlable, ces fuites suscitent plus d'anxiété. Les incontinenances urinaires mixtes ont logiquement de plus grands retentissements sur la vie des femmes. Les répercussions psychologiques peuvent être la perte d'estime de soi, la dépression et parfois même le retrait social. L'incidence des troubles psychologiques chez les patientes consultant pour incontinence anale est mal connue. Cependant, il s'agit d'une situation extrêmement stressante, altérant grandement la qualité de vie de part l'anxiété constante d'être victime de pertes de gaz ou de selles non contrôlées. Les conséquences personnelles et émotionnelles sont identiques à celles de l'incontinence urinaire, mais se surajoutent un immense sentiment de honte, de frustration, parfois un isolement social total avec une activité professionnelle compromise. Le retentissement sur la sexualité résulte de l'inhibition psychologique produite par la nécessité de gérer l'incontinence au cours des rapports sexuels (9).

Les déchirures de 3^{ème} et 4^{ème} degrés peuvent entraîner des dyspareunies, qui, si elles ne sont pas prises en charge, ont également des conséquences pour la femme, pour son partenaire, mais également au niveau du couple. Une femme souffrant de dyspareunie

peut ressentir de la frustration et culpabilise de ne pas pouvoir avoir des rapports « normaux », à savoir sans douleur. De ce fait apparaît une démotivation pour les rapports sexuels (9).

Toute difficulté psychologique de la mère dans le post-partum peut représenter une gravité potentielle pour les premières relations mère-enfant et le développement psychique du bébé. La prévention et la prise en charge de ces complications sont donc primordiales. Les sages-femmes, pendant le séjour à la maternité, lors de consultations post-natales ou en rééducation périnéale, ont donc un rôle capital de part leur accompagnement aussi bien physique que psychologique.

5. PRESENTATION DE L'ETUDE

5.1 Constat

Certaines patientes, déjà fragilisées par les bouleversements présents autour de l'accouchement, peuvent manifester des troubles psychologiques dans le post-partum suite à une déchirure périnéale grave.

5.2 Problématique

La prise en charge physique et psychologique des femmes présentant un périnée complet non compliqué ou complet compliqué, à l'HME de Limoges, répond-t-elle à leurs besoins ?

5.3 Objectif de recherche

L'objectif est de réaliser un état des lieux de la réponse aux besoins physiques et psychologiques des femmes présentant un périnée complet ou complet compliqué à l'HME de Limoges.

5.4 Hypothèses de recherche

L'hypothèse principale : la prise en charge psychologique actuelle des femmes présentant un périnée complet non compliqué ou complet compliqué à l'HME de Limoges ne répond pas à leurs besoins.

L'hypothèse secondaire : la prise en charge physique actuelle des femmes présentant un périnée complet non compliqué ou complet compliqué à l'HME de Limoges répond à leurs besoins.

5.5 Intérêt de l'étude

L'analyse des résultats obtenus, suite à l'étude, peut apporter un nouveau regard sur la prise en charge actuelle de ces patientes, permettant son maintien ou son évolution. En effet, des résultats démontrant l'efficacité de la prise en charge physique pourraient justifier son maintien ; des résultats démontrant l'insuffisance de la prise en charge psychologique pourraient justifier la mise en place d'un protocole de suivi psychologique dès les suites de couches, ou encore l'établissement de plaquettes d'informations sur la pathologie et les professionnels référents en cas de besoin.

5.6 Schéma d'étude

5.6.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et monocentrique, réalisée grâce à des entretiens téléphoniques semi-directifs.

5.6.2 Population d'étude et échantillonnage

- Population cible et population source

La population cible correspond aux patientes présentant un périnée complet non compliqué ou complet compliqué suite à l'accouchement, hospitalisées à l'HME de Limoges de Novembre 2010 à fin Août 2011.

Cette étude étant exhaustive, la population cible représente la population source (échantillon).

- Critères d'inclusion

Patientes se trouvant entre le 4^{ème} et le 7^{ème} mois du post-partum.

Patientes ayant bénéficié du protocole mis en place à l'HME de Limoges.

- Critères d'exclusion

Patientes ayant refusé la participation à l'étude.

Patientes qui ne comprennent pas et ne parlent pas le français.

- Nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets participant à l'étude est en fonction du nombre de patientes présentant des périnées complets non compliqués ou complets compliqués à l'HME de Limoges pendant la période de l'étude : 28 cas ont été recensés.

5.6.3 Définition des variables

Le critère de jugement principal est la satisfaction des patientes concernant leur prise en charge à l'HME de Limoges.

Concernant la population étudiée, les variables quantitatives sont l'âge et la parité. Concernant l'état physique des patientes, les variables quantitatives sont la cotation de la douleur (Echelle Numérique Simple ENS), la durée de la douleur (en nombre de jours) et le jour d'apparition des selles (en jours d'hospitalisation).

Les variables qualitatives sont :

En rapport avec l'état physique en suites de couches et sa prise en charge : la cicatrisation de la plaie, la nécessité de soins de plaie, le transit, la présence et le type d'une incontinence urinaire et/ou anale.

En rapport avec l'état psychologique en suites de couches et sa prise en charge : la qualité des informations reçues sur la lésion, sa prise en charge (à la maternité et après la sortie) et ses complications, le ressenti et le degré d'inquiétude face à cette lésion (incidence sur la pensée, schéma corporel, angoisses...), l'investissement dans les soins au nouveau-né, la qualité de l'écoute de l'équipe médicale, la considération du traumatisme par l'équipe médicale, la possibilité d'exprimer ses difficultés psychologiques (s'il y a lieu).

A partir de 4 mois de post-partum :

- la présence d'incontinence urinaire et le vécu ; la présence d'incontinence anale et le vécu
- l'influence de la lésion sur le confort et la sécurité physique
- l'influence de la lésion sur la qualité de la vie de couple et des rapports sexuels
- l'influence de la lésion sur le rôle de mère
- l'influence de la lésion sur le moral
- l'influence de la lésion sur la vie sociale et professionnelle
- le besoin d'une prise en charge psychologique différente.

Ces différentes variables permettent d'aborder les différents aspects des complications que peuvent rencontrer ces patientes dans le post-partum, versant physique et/ou versant psychologique.

5.6.4 Stratégies d'exploitation

L'étude s'est déroulée de Mars 2011 à fin Décembre 2011. Pour recueillir les données, des entretiens téléphoniques semi-directifs (moyenne de 20 minutes) ont été menés 4 à 7 mois après l'accouchement des patientes sélectionnées (l'échographie trans-anale est donc déjà réalisée). Un questionnaire (annexe IV) a servi de guide d'entretien, et des informations sur les patientes ont été recueillies grâce aux dossiers FILEMAKER® (nom, adresse, numéros de téléphones, âge, parité, données des examens cliniques en suites de couches, autres données pouvant importer pour l'étude). Le questionnaire comprend des questions à choix multiples ainsi que des questions ouvertes. Les entretiens ont été enregistrés pour permettre une meilleure qualité des comptes rendus rédigés par la suite.

Les patientes ayant accouché de Novembre 2010 à fin Février 2011, ont reçu un courrier officiel de l'école de sages-femmes de Limoges les informant de mon identité, du projet, et les prévenant de l'entretien téléphonique (détails sur sa durée, son niveau de confidentialité, et l'usage qui en sera fait). A partir de Mars 2011, les sujets de l'étude ont reçu lors de leur hospitalisation à l'HME de Limoges, un coupon dans le même but explicatif que le courrier. Le service concerné par la remise des coupons est la maternité (avec autorisation de la cadre de service). Les sages-femmes du service ainsi que les étudiants sages-femmes en stage ont été chargés de cette mission. En cas de refus de participation à l'étude, un formulaire joint au coupon visait à m'informer (annexe V).

Les données sont informatisées dans le logiciel Excel, et l'analyse descriptive est réalisée grâce à des calculs de fréquences.

1. RESULTATS DE L'ETUDE

Nos résultats sont exprimés en pourcentages (%), et le nombre de patientes correspondant est précisé entre parenthèses.

1.1 Présentation de la population

1.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Sur les 28 cas recensés, 6 patientes ont été exclues en raison d'un refus de participation à l'étude. 22 entretiens ont donc été réalisés.

1.1.2 Caractéristiques de la population

Concernant l'âge des patientes :

- < 25 ans : 13,6%
- ≥ 25 et < 30 ans : 27,3%
- ≥ 30 et < 35 ans : 45,5%
- ≥ 35 ans : 13,6%

Concernant la parité : 81,8% des femmes sont primipares, 18,2% sont 2^{ème} pares, et nous n'avons recensé aucune parité supérieure.

1.2 Présentation des résultats

1.2.1 Réponse aux besoins physiques

Lors de l'entretien téléphonique, nous avons évalué la réponse aux besoins physiques lors du séjour en suites de couches à l'HME de Limoges, puis entre 4 et 7 mois de post-partum.

- **Séjour en suites de couches**

Concernant l'évaluation de la douleur par Echelle Numérique Simple (ENS) illustrée dans le graphique ci-dessous :

Nous avons également coté la durée de cette douleur :

Nous observons ici que 45,5% (10) des patientes ont été algiques moins de 4 jours.

Notons que 63,6% (14) des patientes ont ressenti une influence sur la disponibilité pour leur nouveau-né (soins de puériculture, allaitement) les premiers jours à cause de la douleur.

45,5% (10) des accouchées ont eu recours à des soins de plaie pour soulager leur douleur ou favoriser la cicatrisation (application de glace, de gels anesthésiants et/ou d'antiseptiques locaux). 77,3% (17) des plaies ont bien cicatrisé en suites de couches.

Concernant les régimes riches en fibre et sans résidus mis en place dans les protocoles « Périnée complet » et « Périnée complet compliqué », ils n'ont pas été systématiquement respectés. Nous avons évalué l'évolution du transit des patientes en précisant le jour d'apparition de selles et l'état des selles :

- 9,1% (2) des accouchées n'ont pas eu de selles
- 9,1% (2) ont eu des selles à J1
- 31,8% (7) à J2
- 40,9% (9) à J3
- 9,1% (2) à J4

54,5% (12) des patientes ont eu des selles normales. 13,6% (3) ont eu des selles molles et 22,7% (5) des selles dures.

Nous avons également noté la présence d'une incontinence urinaire et son type :

68,2% (15) des femmes ne présentent pas d'incontinence urinaire. 22,7% (5) présentent une incontinence urinaire à l'effort et 9,1% (2) une incontinence urinaire mixte. Aucune patiente ne souffre d'urgenterie uniquement.

L'incontinence anale (IA) (la présence et le type) est illustrée ci-dessous :

- 68,2% (15) des femmes n'ont aucune incontinence anale en suites de couches
- 18,2% (4) des femmes ont une incontinence anale aux gaz uniquement
- 13,6% (3) souffrent d'une incontinence aux selles

- **Suite du post-partum**

Lors de l'entretien téléphonique en post-partum :

- 59,1% (13) des patientes n'ont aucune douleur

- 27,3% (6) ont une ENS = 1
- 4,5% (1) ont une ENS = 3
- 9,1% (1) ont une ENS = 4

77,3% (17) des femmes n'ont pas d'incontinence urinaire à ce jour.

72,7% (16) des femmes ne souffrent pas d'incontinence anale lors de l'entretien en post-partum (PP). Il s'agit en majorité d'une incontinence modérée aux gaz ou d'une impériosité à la défécation :

Au moment de l'entretien, 50% (11) des patientes souffrent encore d'un inconfort physique lié à leur déchirure. Cet inconfort se manifeste soit continuellement, soit dans certaines postures.

1.2.2 Réponse aux besoins psychologiques

Lors de l'entretien téléphonique, nous avons évalué la réponse aux besoins psychologiques lors du séjour en suites de couches à l'HME de Limoges, puis en post-partum.

- **Séjour en suites de couches**

La qualité des informations données par l'équipe médicale a été évaluée par les patientes. Ces informations concernaient la lésion, sa prise en charge à la maternité, sa prise en charge après la sortie, et ses complications :

Qualité des informations données par l'équipe médicale

Pour 36,64% (8) des femmes, les informations données sur leur prise en charge à la maternité sont insuffisantes. La moitié des femmes jugent les informations concernant la lésion sont insuffisantes.

De plus, il apparaît que 59,1% (13) des patientes jugent les informations sur la prise en charge après la sortie insuffisantes. Enfin 72,7% (16) des patientes considèrent que les informations données sur les complications possibles de la lésion sont insuffisantes (complications éventuelles à court et long termes, mais aussi pour un prochain accouchement).

La qualité des réponses de l'équipe médicale a également été évaluée lorsque les patientes ont posé d'elle-même des questions sur la pathologie :

Pour les réponses concernant la lésion : 27,3% (6) sont peu claires, 54,5% (12) assez claires et 18,2% (4) très claires.

Pour les réponses concernant la prise en charge à la maternité : 22,7% (5) sont peu claires, 59,1% (13) sont assez claires et 18,2% (4) très claires.

Pour les réponses concernant la prise en charge après la sortie : 4,5% (1) ne sont pas claires, 50% peu claires, 27,3% (6) assez claires et 18,2% (4) très claires.

Enfin pour les réponses concernant les complications possibles : 13,6% (3) ne sont pas claires, 50% peu claires, 18,2% (4) assez claires et 18,2% très claires.

Qualité des réponses

Nous avons interrogé les patientes sur leur ressenti face à cette déchirure. 13,6% (3) des femmes n'ont pas eu de ressenti particulier, cependant :

- 13,6% ont souffert du handicap provoqué par la douleur les premiers jours après l'accouchement
- 22,7% (5) ont ressenti un réel manque d'information

- 45,5% (10) des femmes ont été angoissées par la survenue de complications futures
- chez 4,5% (1) des femmes, la déchirure est vécue comme une mutilation, une atteinte à sa féminité

Le degré d'inquiétude concernant la déchirure est illustré dans le graphique suivant :

Inquiétude

13,6% (3) des patientes ne s'inquiètent pas. 36,4% (8) des patientes sont occasionnellement inquiètes, 27,3% (6) sont souvent inquiètes et 22,7% (5) très souvent.

D'après les patientes interrogées, 27,3% (6) pensent que l'équipe médicale considère la lésion comme une simple déchirure, 68,2% (15) comme une déchirure sérieuse et 4,5% (1) comme un réel traumatisme physique et psychologique :

59,1% (13) des accouchées ont ressenti le besoin de parler aux professionnels.

Concernant l'écoute de l'équipe médicale :

- 4,5% (1) des patientes considèrent qu'elle est insuffisante
- 31,8% (7) des patientes pensent que l'écoute est assez bonne
- 45,5% (10) pensent qu'elle est bonne et 18,2% (4) qu'elle est excellente

90,9% (20) des femmes n'ont pas eu besoin de rencontrer la psychologue du service sachant qu'elles n'étaient pas toutes au courant qu'un entretien était possible. 9,1% (2) des femmes ont bénéficié d'un entretien mais n'en sont pas satisfaites.

Nous désirions savoir si certaines femmes auraient eu besoin d'une autre prise en charge psychologique à la maternité, et si oui leurs propositions :

Besoin d'une autre prise en charge à la maternité

Ce graphique nous montre que 36,4% (8) des femmes auraient désiré avoir un support papier contenant des informations sur la lésion, sa prise en charge et ses complications. De plus 22,7% (5) femmes auraient souhaité une visite d'un professionnel spécialiste répondant à leurs questions sur la lésion avant leur sortie de maternité.

- **Suite du post-partum**

L'influence de la lésion sur la vie personnelle et sociale met en jeu la prise en charge physique et psychologique. En effet les répercussions de la lésion portent sur le moral, le rôle de mère mais également la vie de couple et l'activité sexuelle, la vie sociale et professionnelle.

Concernant le moral : 18,2% (4) des femmes ont des difficultés à accepter leur corps et 9,1% ont encore des angoisses sur les complications.

Concernant le rôle de mère : 4,5% (1) des femmes sont gênées au quotidien car certains gestes leurs sont déconseillés.

Concernant la vie de couple : 68,2% (15) des femmes ont une appréhension lors des rapports sexuels (douleur, mauvaise cicatrisation).

Concernant l'activité sexuelle : 36,4% (8) des patientes ont souffert de dyspareunie lors des premiers rapports, et 36,4% des femmes ont souffert de dyspareunie et n'ont pas retrouvé les mêmes sensations qu'avant l'accouchement lors des rapports à ce jour.

Répercussions sur l'activité sexuelle

Comme répercussions sociales notons que 9,1% (2) des femmes sont diminuées dans leurs activités sportives.

Concernant la vie professionnelle : 9,1% (2) des patientes sont handicapées dans leur travail en raison de l'inconfort dans certaines postures, et 4,5% (1) souffrent de leur incontinence urinaire et/ou anale.

Toutes les patientes souffrant d'incontinence anale en post-partum sont gênées dans leur vie sociale.

Après leur sortie de la maternité, certaines femmes ont recherché une aide psychologique d'elle-même :

En effet, 45,5% (10) des femmes ont trouvé du réconfort, des informations ou des conseils auprès d'un professionnel de leur choix (sage-femme libérale, gynécologue lors de la visite post-natale ou de l'échographie transpérinéale, médecin traitant). 9% des femmes ont recherché une aide mais n'en sont pas satisfaites, et que 45,5% n'ont pas ressenti le besoin d'être aidées.

Nous avons décidé d'interroger les patientes sur le besoin de guides ou de conseils pour la prise en charge psychologique après la sortie de la maternité :

Besoin de guides ou conseils pour la prise en charge après la sortie

Nous voyons ici que :

- 40,9% (9) des patientes auraient désiré des références et coordonnées de professionnels spécialistes à qui s'adresser en cas de besoin après la sortie
- 9,1% (2) des patientes auraient désiré un entretien avec un spécialiste avant leur sortie
- 13,6% (3) d'entre elles ont évoqué la mise en place d'un suivi de la sortie à la visite post-natale (période de « vide » selon elles)

2. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

2.1 Critiques de la démarche

Le fait de réaliser cette étude grâce à des entretiens téléphoniques semi-directifs permet d'obtenir des patientes des réponses libres et honnêtes. De plus, nous avons pris le soin d'être le plus neutre possible dans la formulation des questions, ainsi les patientes ne sont pas influencées et leurs réponses sont fiables. Ceci représente un point fort de notre travail. De plus, l'abord psychologique a été peu étudié par des enquêtes similaires.

Par ailleurs, les régimes des protocoles mis en place pour les patientes présentant des périnées complets ou complets compliqués n'ont pas été systématiquement respectés : en effet, certaines patientes présentant un périnée complet non compliqué ont bénéficié d'un régime sans résidus. L'évaluation du transit des patientes peut donc présenter un biais de l'étude, incontrôlable dans notre démarche d'enquête. D'autre part, notre petit nombre de cas peut apparaître comme une faiblesse.

2.2 Analyse et discussion

- Notre hypothèse principale était : la prise en charge psychologique actuelle des femmes présentant un périnée complet non compliqué ou complet compliqué à l'HME de Limoges ne répond pas à leurs besoins.

Les résultats de l'étude confirment cette hypothèse par les points suivants :

- ✓ Les informations données par l'équipe médicale sur la prise en charge à la sortie et sur les complications sont majoritairement insuffisantes.
- ✓ Plus généralement, les patientes interrogées ont estimé que les informations ont été données tôt dans le séjour (moment de la suture de la déchirure ou à J0) et non renouvelées par la suite.
- ✓ La majorité des réponses aux questions des patientes sur la prise en charge après la sortie et les complications sont peu claires.
- ✓ Les résultats mettent également en évidence l'inquiétude, plus ou moins pesante, des patientes en suites de couches, ainsi que leurs angoisses concernant les éventuelles complications. Nous pouvons mettre en lien cela avec les résultats précédents.
- ✓ La prise en charge à la sortie de la maternité est considérée comme insuffisante par la majorité des femmes interrogées : une partie des femmes a ressenti le besoin d'avoir des informations écrites concernant leur déchirure, une autre partie parle d'une visite d'un professionnel spécialiste répondant à leurs questions avant leur départ.
- ✓ Plus de la moitié des femmes ont eu besoin de faire appel à un professionnel en post-partum pour répondre à leurs interrogations sur la lésion et calmer leurs angoisses : sage-femme libérale, gynécologue ou médecin traitant.
- ✓ La période entre la sortie et la visite post-natale apparaît comme une période difficile car les patientes n'ont théoriquement aucun contact avec un professionnel : la majorité des femmes ont ressenti le besoin d'une autre prise en charge avec comme propositions la remise de coordonnées et références de spécialistes à contacter en cas de besoin après le retour à domicile, un entretien avec un spécialiste à la sortie, et la mise en place d'un suivi jusqu'à la visite post-natale.

Nous avons vu que le post-partum est une période de remaniements psychiques où les femmes sont en état de fragilité. La survenue de lésions telles que les périnées complets et complets compliqués, peut alors être source d'anxiété supplémentaire en lien avec les possibles complications futures. Un manque de réponse à leurs besoins d'information et

de réconfort à court terme peut alors renforcer cet état anxieux dans la suite du post-partum.

D'après les femmes interrogées, une partie non négligeable de l'équipe médicale considère leur lésion comme une simple déchirure, et la majorité comme une déchirure sérieuse. Seulement une patiente a ressenti que sa lésion était considérée comme traumatique. Cependant nous devons modérer ces résultats ; en effet, nous n'avons pas de notions de la considération personnelle des patientes pour leur lésion, ce qui peut influencer les réponses.

L'analyse des résultats a permis de mettre en avant la grande fréquence et la similarité des propositions faites par les patientes, ce qui renforce leur intérêt.

- Notre hypothèse secondaire était : la prise en charge physique actuelle des femmes présentant un périnée complet non compliqué ou complet compliqué à l'HME de Limoges répond à leurs besoins.

Les résultats obtenus permettent en partie de confirmer cette hypothèse :

- ✓ La majorité des ENS est ≤ 5 et cette douleur est soulagée en suites de couches (douleur ≤ 4 jours). Cependant, les patientes étant algiques les premiers jours suivant l'accouchement sont moins disponibles pour leur nouveau-né (soins de puériculture et allaitement). Sachant que toute difficulté psychologique de la mère dans le post-partum peut représenter une gravité potentielle pour les premières relations mère-enfant et le développement psychique du bébé, il paraît important de prendre cet aspect en compte.
 - ✓ La majorité des plaies ont bien cicatrisé, et peu de soins de plaie ont été nécessaires. Le respect des règles d'hygiène et d'asepsie, les conseils donnés aux patientes ainsi que les mesures diététiques et l'antibioprophylaxie sont donc en faveur d'une bonne cicatrisation.
 - ✓ Malgré les régimes plus ou moins respectés, on retrouve peu d'apparition de selles précoces et une majorité de selles normales. Notons qu'une partie des patientes ont eu des selles dures, ce que l'on doit éviter en suites de couches à l'aide des régimes.
- Là où prises en charges physiques et psychologiques se rejoignent :
 - ✓ La majorité des femmes n'ont pas souffert d'incontinence urinaire ou d'incontinence anale en suites de couches à l'HME et en post-partum. Nos résultats d'environ 28% d'incontinence anale à 4-7 mois de post-partum sont concordants avec l'estimation de 17 à 47% donnée par le CNGOF (8).

- ✓ Cependant les patientes concernées par l'incontinence en post-partum lors de l'entretien sont gênées ou handicapées dans leur vie sociale et/ou professionnelle. Les répercussions sur la qualité de vie sont donc importantes comme nous l'avons présenté. Pour éviter la perte d'estime de soi, la dépression et parfois même le retrait social, il apparaît donc important de viser au maintien, voire à la diminution de la fréquence de survenue d'une incontinence suite à ce type de déchirures.
- ✓ Notons qu'en post-partum la moitié des femmes interrogées souffrent encore d'un inconfort physique ce qui présente un point négatif dans la prise en charge physique de ces patientes.
- ✓ Nous avons également évoqué deux études : celle de Signorello en 2001 qui démontrait que 61% des femmes souffrent de dyspareunie 3 mois après leur accouchement, et 27% en souffrent 6 mois après leur accouchement, et celle de Brubacker en 2008 où l'on retrouvait 35% de dyspareunies 6 mois après l'accouchement. Notre étude montre qu'environ 36% des femmes n'ont souffert de dyspareunies que lors des premiers rapports (1 à 3 mois de post-partum) et environ 36% ont souffert de dyspareunie puis de gêne ou de sensations désagréables.
- ✓ De plus, concernant les répercussions sur la vie de couple et les rapports sexuels, la majorité des femmes redoutent les premiers rapports sexuels comme nous l'avons vu précédemment. La survenue de difficultés dans la sexualité quelques mois suivant l'accouchement est notable, sachant que cela peut être source de démotivation pour les rapports sexuels. Qui plus est, nous pouvons penser que certaines patientes ne se sont pas totalement confiées à propos de leur intimité lors des entretiens téléphoniques.

Nous savons que la région périnéale, avant lieu de plaisir et symbole de féminité, devient lieu de douleurs et de craintes après un traumatisme obstétrical. C'est pour cela que prises en charge psychologique et physique doivent se compléter pour répondre aux besoins des femmes.

Un récapitulatif de la prise en charge actuelle à maintenir, et des améliorations envisagées, est illustré par le tableau ci-dessous :

MAINTIEN DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE	AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE
mesures diététiques	informations spontanées sur la prise en charge après la sortie
hygiène et asepsie	informations spontanées sur les complications
traitement antibiotique	réponses aux questions concernant la prise en charge après la sortie

informations sur la lésion	réponses aux questions concernant les complications
informations sur la prise en charge à la maternité	considération de la déchirure par l'équipe médicale
écoute de l'équipe médicale	visite de sortie
	mise en place du suivi en post-partum
	traitement et prise en charge de la douleur

2.3 Propositions

L'élaboration d'une plaquette informative sur la pathologie pourrait répondre au manque d'informations concrètes en suites de couches décrit par les patientes. Le but serait donc de permettre aux femmes présentant un périnée complet ou complet compliqué d'avoir, dès le premier jour suivant l'accouchement, un accès simple à des informations claires, ou la réponse à leurs questions, lorsqu'elles le désirent. Afin d'apporter un maximum d'informations utiles et simples, la plaquette contiendrait les informations suivantes :

- schémas du périnée féminin et des déchirures de types 3 et 4
- statistiques de survenue de cette pathologie
- description précise de la prise en charge pendant le séjour à l'hôpital, mais également après la sortie pour le post-partum
- description des complications futures possibles (en abordant aussi les modalités pour une prochaine grossesse) et leurs possibilités de prises en charge thérapeutiques
- références et coordonnées de professionnels spécialistes auxquels la patiente peut s'adresser après le retour à domicile : gynécologues, sages-femmes libérales, sexologues, gastro-entérologues, chirurgiens proctologues, kinésithérapeutes

De plus, une consultation systématique par un médecin référent (responsable du suivi de ces patientes à l'HME de Limoges) avant la sortie des patientes permettrait un retour à domicile plus serein dans la mesure où les femmes pourraient confier leurs angoisses quant aux éventuelles complications, mais aussi poser de nouvelles questions et s'assurer de la bonne compréhension de leur prise en charge à long terme.

Une sage-femme spécialisée en rééducation périnéale pourrait également réaliser une visite de sortie complémentaire à celle de la sage-femme de suites de couches, afin d'aborder la future prise en charge, et éventuellement programmer un suivi avec elle.

Enfin, la possibilité d'une consultation avec la psychologue du service pourrait être systématiquement indiquée aux femmes en début de séjour à l'HME. Si certaines femmes en ressentent le besoin, une sexologue rattachée au service pourrait également leur rendre visite.

Concernant le suivi après la sortie des patientes de la maternité :

Actuellement, chaque dossier est discuté au staff uro-gynécologique systématiquement avec accord de la patiente, ce qui permet une prise en charge médicale pluridisciplinaire sur un long terme.

Afin de renforcer cette prise en charge médicale et de permettre également un soutien psychologique en post-partum, il serait intéressant de mettre en place un suivi systématique des femmes de la sortie à la visite post-natale. La surveillance de ces

patientes par une sage-femme libérale de manière régulière (1 fois/semaine ou 2 fois/mois) durant 4 à 6 semaines pourrait combler le « vide » de prise en charge ressenti par certaines femmes. La sage-femme dépisterait l'apparition de complications, une mauvaise cicatrisation de la plaie ou une douleur anormale persistante. Elle veillerait au respect du régime établi par le protocole et donc à l'évolution normale du transit. Cela permettrait de réajuster la prise en charge physique, mais également d'accompagner les patientes psychologiquement si elles en ressentent le besoin (se confier, faire part de ses angoisses...).

Certaines démarches ont déjà été débutées en suites de couches à l'HME de Limoges. Un nouveau protocole décrivant la conduite à tenir après un périnée complet +/- compliqué est appliqué depuis le 15 Février 2012 (annexe VI) :

Concernant la conduite à tenir après l'accouchement, les principales modifications du protocole sont les suivantes :

- Régime identique pour toutes les patientes, sans résidu pendant 14 jours et laxatif à la sortie = Lansoyl® 1 à 3 c à soupe/j pendant environ 10 jours à adapter en fonction des directives de la diététicienne. Puis, régime riche en fibres pendant une semaine.
- L'antibiothérapie est précisément définie : Augmentin® 1 g x 3/j pendant 48h, à prolonger pendant 7 jours si périnée complet compliqué.
- De plus, il est noté qu'un toucher vaginal est possible pour l'examen du col utérin (mais pas d'examen de la réparation du périnée complet).
- Une manométrie ano-rectale sera réalisée après l'échographie du sphincter anal à 1-2 mois du post-partum.
- Il est précisé que la rééducation périnéale est à débiter APRES la visite post-natale et l'échographie.
- Concernant les informations données aux patientes, l'information sur le risque d'incontinence anale doit être systématiquement faite.

Ce protocole énonce également la conduite à tenir pour une prochaine grossesse :

- Les informations sur le risque d'apparition ou d'aggravation des symptômes s'il y a un nouvel accouchement par voie basse doivent être données aux patientes.
- On ne doit pas faire d'épisiotomie systématique car cela ne protège pas des lésions périnéales graves.
- La césarienne est justifiée si :
 - o la patiente présente une incontinence anale

- la lésion a nécessité une réparation chirurgicale secondaire
 - apparait un défaut sphinctérien à l'échographie
 - la manométrie ano-rectale est anormale
- Le dossier est discuté au staff uro-gynécologique.

Nous pouvons également réfléchir sur la prise en charge de la douleur :

En effet, certaines patientes ont souffert du handicap causé par la douleur les premiers jours suivant l'accouchement ; la mobilisation a plutôt été difficile, et a influencé la disponibilité pour le nouveau-né. Un protocole antalgique pourrait être mis en place par l'équipe d'anesthésistes afin de soulager les patientes algiques. L'équipe peut essayer d'adapter sa prise en charge à la douleur des accouchées présentant la pathologie lors des premiers soins de puériculture par exemple ; les auxiliaires de puéricultures ainsi que les sages-femmes peuvent être plus présentes avec les femmes les plus algiques, comme elles le sont actuellement avec les patientes césarisées les premiers jours suivant la naissance.

En rapport avec les répercussions en post-partum mises en avant par les résultats précédents, les patientes pourraient bénéficier systématiquement des 28 jours de congé maladie post-natal mis en place par la Sécurité Sociale.

Enfin, la réalisation d'études similaires multicentriques, ou la mise en commun de ce travail avec d'autres études (notamment l'étude ESCAPPE* actuellement en cours à l'HME de Limoges) sur cette complication de l'accouchement par voie basse, pourraient peser en faveur du développement d'un Département de rééducation périnéale. Les patientes présentant des déchirures graves seraient prises en charge notamment par une sage-femme dédiée à la rééducation périnéale.

*Etude du Sphincter du Canal Anal dans le Post-Partum par Echographie.

Cette étude amène donc un nouveau regard sur la prise en charge actuelle des patientes présentant une déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré, et permet d'envisager une évolution dans l'intérêt de ces femmes. L'intérêt est la mise en place d'une nouvelle prise en charge globale et pluridisciplinaire, dont la sage-femme est un des piliers. Le but commun des professionnels étant le bien-être physique et psycho-social des patientes.

CONCLUSION

Un accouchement difficile peut entraîner des cicatrices périnéales importantes (périnée complet ou périnée complet compliqué) souvent sources de complications futures, et génératrices d'angoisses propres à l'histoire de chaque femme. Suite à ces types de traumatismes, certaines femmes peuvent donc manifester après l'accouchement de véritables états anxieux se surajoutant à la fragilité psychique, la douleur physique et l'asthénie déjà présentes. La sage-femme ayant un rôle majeur dans la prise en charge globale en post-partum, l'étude réalisée a décrit la réponse apportée aux besoins physiques et psychologiques de ces patientes en unité mère-enfant à l'HME de Limoges.

Notre objectif était de réaliser un état des lieux de la réponse aux besoins physiques et psychologiques des femmes présentant un périnée complet ou complet compliqué à l'HME de Limoges.

Nous répondons à notre hypothèse principale qui portait sur la prise en charge psychologique des patientes. Nos résultats montrent globalement un manque d'informations claires données aux patientes sur la prise en charge de la lésion après leur retour à domicile, ainsi que sur les complications éventuelles de leur lésion. De là naissent des angoisses quant à leur devenir. Ressort également un manque de prise en charge spécifique de ces femmes entre leur sortie et le premier contact avec un professionnel à la visite post-natale.

Notre réflexion a du fait porté sur la mise en place d'une prise en charge spécifique et systématique pour ces patientes : pour cela nous pouvons mettre en avant trois principaux objectifs :

- ✓ Informations claires et concrètes autour de la lésion en unité mère-enfant : plaquette informative donnée en début de séjour, entretiens et visites de professionnels spécialistes avant la sortie (gynécologue, sage-femme, sexologue, psychologue).
- ✓ Suivi systématique des patientes dès la sortie de maternité jusqu'à la visite post-natale, puis suivi régulier à plus long terme (échographie transpérinéale, manométrie, rééducation périnéale).
- ✓ Prise en charge spécifique et complète par une équipe pluridisciplinaire (gynécologues, sages-femmes, gastro-entérologues, chirurgiens proctologues, kinésithérapeutes, sexologues, psychologues).

Par ailleurs, la poursuite de recherches et de travaux similaires peuvent aboutir à la création d'un Département de rééducation périnéale.

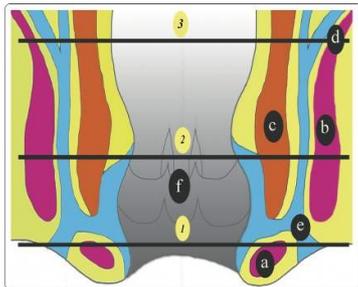
L'ensemble de ces propositions permettent une réelle prise en charge globale de ces femmes.

Cette étude a été réalisée dans une optique d'évolution et d'amélioration de la prise en charge actuelle, et ses résultats encouragent fortement à mettre en place les nouvelles mesures proposées. Les sages-femmes, et les autres professionnels de santé accompagnant les femmes autour de la naissance, ont pour but commun de promouvoir leur santé physique et psycho-sociale, d'où l'intérêt de notre travail.

ANNEXES

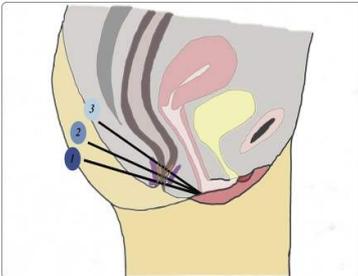
ANNEXE I

Les 3 niveaux d'étude du sphincter anal



Section frontale du canal anal

Légendes des photographies et schémas :
 a : portion superficielle du sphincter externe
 b : portion profonde du sphincter externe
 c : sphincter interne
 d : connexion entre la portion profonde du sphincter externe et le muscle releveur de l'anus
 e : couche longitudinale complex et ligament de Parks
 f : ligne pectinée



Section sagittale du pelvis féminin
 Mouvement de la sonde d'échographie

Niveau 3
 portion profonde du canal anal



Niveau 2
 portion médiane du canal anal

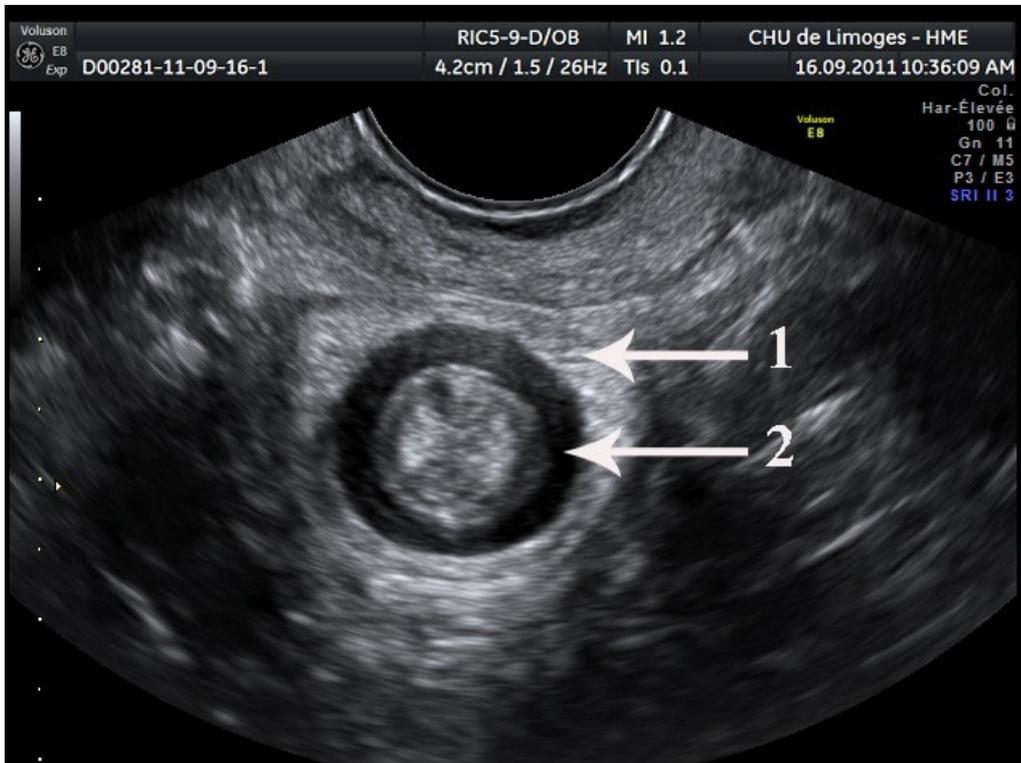


Niveau 1
 portion superficielle du canal anal



ANNEXE II

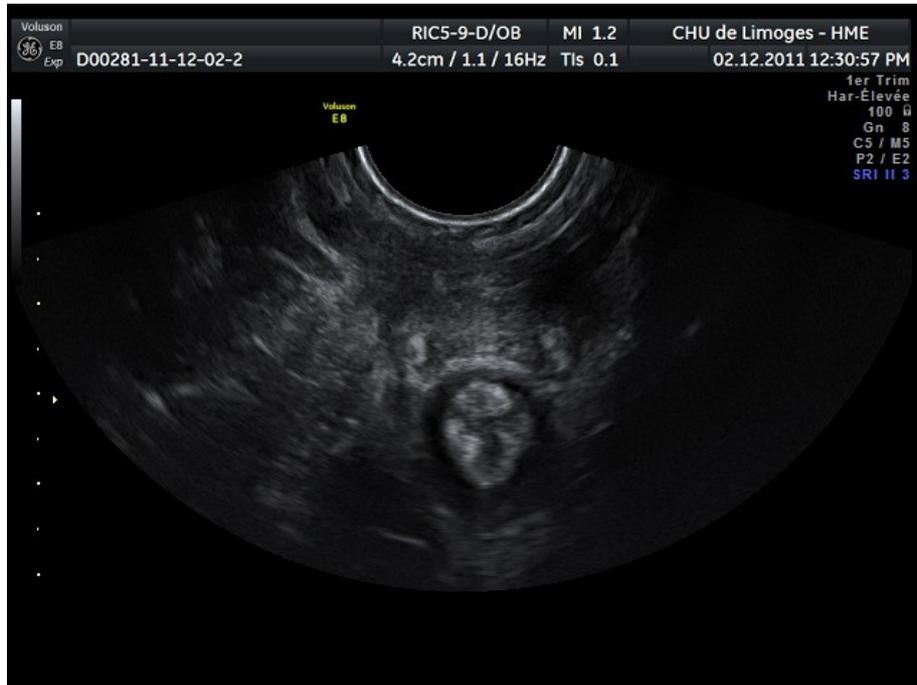
Sphincter anal



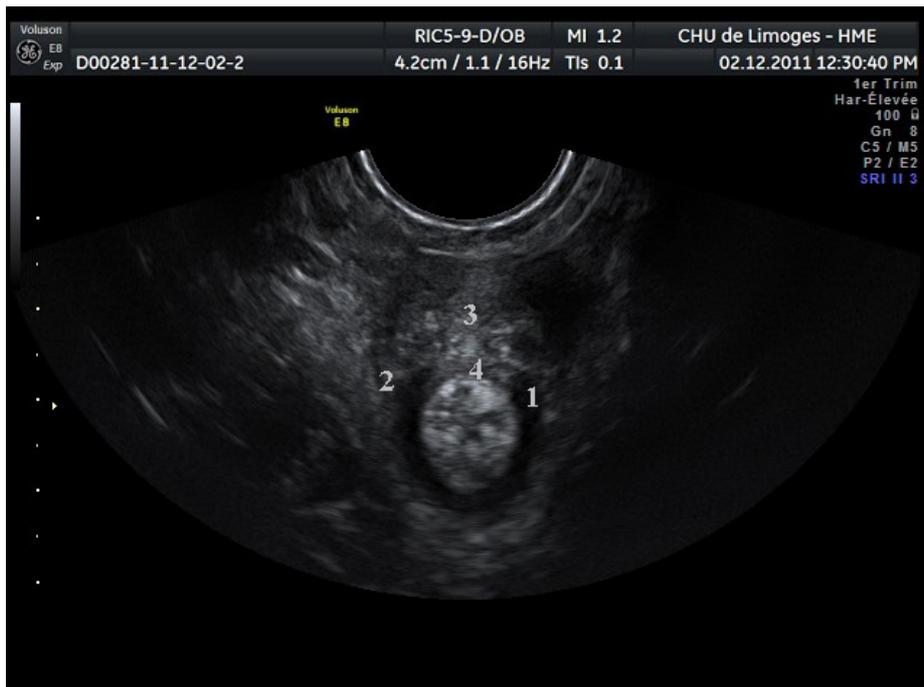
1 = sphincter externe 2 = sphincter interne

ANNEXE III

Ruptures du sphincter anal



Rupture partielle du sphincter externe



- 1 = rupture du sphincter interne 2 = remaniement du muscle pubo-rectal
3 = fibrose cicatricielle 4 = disparition du relief du sphincter externe

ANNEXE IV

QUESTIONNAIRE GUIDE POUR ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

- **Pendant votre séjour à la maternité :**

1. La cicatrice a-t-elle été douloureuse ? oui non

Si oui, pouvez-vous l'estimer sur une échelle de 1 à 10 ? Pendant combien de temps ? *

2. Votre plaie a-t-elle nécessité des soins particuliers pour favoriser sa cicatrisation (application de produits antiseptiques, pansements, ...) ? oui non

A-t-elle bien cicatrisé ? oui non *

3. Concernant votre transit :

Etes-vous allée à la selle ? oui non

Si oui, quel jour de votre hospitalisation ? *

Quel était l'état des selles ? molles normales dures *

4. Aviez-vous des pertes d'urine ? oui non

Si oui, était-ce lors d'un effort, plutôt lors d'une envie urgente, ou les deux ?

De quelle importance ? *

5. Aviez-vous des pertes de gaz ? oui non

De selles ? oui non

Si oui, de quelle importance ? *

* *confrontation avec les données cliniques recueillies dans les dossiers médicaux.*

6. Selon vous, les informations reçues avant toute demande de votre part sur la lésion ont-elles été suffisantes ? oui non

7. ...sur sa prise en charge à la maternité ? oui non
8. ...sur sa prise en charge après votre sortie ? oui non
9. ...sur ses complications ? oui non
10. Les réponses à vos questions concernant la lésion ont été :
 pas claires peu claires assez claires très claires
11. ...concernant sa prise en charge à la maternité :
 pas claires peu claires assez claires très claires
12. ...concernant sa prise en charge après votre sortie :
 pas claires peu claires assez claires très claires
13. ...concernant ses complications :
 pas claires peu claires assez claires très claires
14. Qu'avez-vous ressenti face à cette lésion ?
15. La déchirure vous inquiétait-elle ? oui non
- Si oui,
- occasionnellement souvent très souvent tout le temps
16. Votre lésion a-t-elle influencé votre disponibilité pour votre bébé (soins, allaitement, lien, ...) ?
17. Selon vous, comment l'équipe médicale considérerait-elle votre lésion ?
 comme une simple plaie comme une déchirure sérieuse comme un traumatisme physique comme un réel traumatisme physique et psychologique
18. Aviez-vous besoin de parler avec les professionnels de cette lésion ? oui non
19. Selon vous, l'écoute de l'équipe médicale a été :
 insuffisante assez bonne bonne excellente
20. Pendant votre séjour, avez-vous eu besoin de rencontrer la psychologue du service par rapport à la lésion ?
 oui non

Si oui, êtes-vous satisfaite de cet entretien ? oui non

21. Auriez-vous eu besoin d'une prise en charge physique et/ou psychologique autre pendant votre hospitalisation ? oui non

Si oui, avez-vous des propositions ?

• **Depuis votre retour à domicile :**

1. Votre cicatrice est-elle douloureuse à ce jour ? oui non

Si oui, pouvez-vous l'estimer sur une échelle de 1 à 10 ?

2. Souffrez-vous d'incontinence urinaire ? oui non

Comment vivez-vous cette incontinence ?

3. Souffrez-vous d'incontinence anale ? oui non

Si oui, de quelle importance (gaz, selles) ? Comment vivez-vous cette incontinence ?

4. Ressentez-vous un inconfort physique en rapport avec votre cicatrice ?

Concernant l'influence de cette lésion sur votre vie personnelle :

5. Existe-t-il des répercussions sur :

- votre moral ?
- votre rôle de mère ?
- votre vie de couple ?
- votre activité sexuelle ?

Concernant l'influence de cette lésion sur votre vie sociale :

6. Existe-t-il des répercussions sur :

- votre vie sociale ?
- si reprise, votre activité professionnelle ?

7. Avez-vous cherché de vous-même une aide psychologique depuis votre retour à domicile (psychologue, sage-femme libérale, gynécologue, médecin traitant, ...) ?

Dans ce cas, en êtes-vous satisfaite ?

8. Auriez-vous eu besoin d'être guidée ou conseillée pour une prise en charge psychologique par un professionnel dès votre sortie de la maternité ? oui non

Si oui, quelle(s) proposition(s) feriez-vous ?

ANNEXE V

Coupon informatif adressé aux patientes

Madame,

Etudiante sage-femme à l'école de Limoges, je réalise un mémoire dont l'objectif est le suivant : réaliser un état des lieux de la prise en charge physique et psychologique des patientes présentant un périnée complet, ou complet compliqué, à l'Hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges. Mon projet consiste à répondre à une question : cette prise en charge a-t-elle répondu à vos besoins ?

Pour cela, je réalise une étude et je sollicite votre collaboration. Sachez que vous n'avez **aucune obligation** d'y participer.

Je souhaite m'entretenir avec vous par téléphone dans les 4 à 7 mois suivant votre accouchement, une fois votre échographie de contrôle du sphincter anal faite. Nous aborderons ensemble tous les aspects de votre prise en charge pendant votre séjour à la maternité de l'HME. Lors de cet entretien, vous répondrez à des questions à choix multiples, mais vous aurez également la possibilité de vous exprimer librement. Mon appel se situera pendant les jours et les heures ouvrables (du lundi au samedi inclus, de 8h30 à 17h30). Si cela ne convient pas, vous me communiquerez des horaires plus adaptés à vos disponibilités. La durée moyenne d'un entretien est de 20 minutes.

Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré afin d'assurer la qualité de l'analyse qui en découle. Cependant, le compte-rendu ne sera pas inscrit dans votre dossier médical, et votre nom n'apparaîtra pas dans le mémoire. L'exploitation des données est donc anonyme. Votre identité est demandée uniquement pour que je puisse accéder aux informations nécessaires à mon étude, contenues dans votre dossier médical.

Si vous ne souhaitez pas participer à l'enquête, vous pourrez m'en informer lors de mon appel.

Je suis à votre disposition pour toutes informations complémentaires concernant mon travail (*****@hotmail.com).

En vous remerciant de votre participation, recevez, Madame, mes meilleures salutations.

PASTAUD Laure

Etudiante sage-femme

Coupon à retourner en cas de refus de participation à l'étude

Je soussignée, Madame, née le/...../....., ne souhaite pas participer à l'étude réalisée par l'étudiante sage-femme PASTAUD Laure dans le cadre de son mémoire.

Date et signature :

ANNEXE VI

 <p>Gynécologie - Obstétrique</p>	<p>CAT APRÈS UN PERINEE COMPLET +/- COMPLIQUE</p>	<p>GYOB PM SP 036 B</p> <p>Date d'application : 15 février 2012</p> <p style="text-align: right;">Page 68/76</p>
---	--	--

	Rédacteur	Vérificateurs	Approbateur	
Nom	H. CALY	A. BOUTET	K. JOUANLONG- BERNADOU	Y. AUBARD
Fonction	Praticien hospitalier	Diététicienne	Référent qualité	Chef de service
Signature				

1. OBJECTIF

Ce protocole décrit la conduite à tenir devant un périnée complet +/- compliqué.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Secteurs d'activités concernés :

X	Pôle Mère Enfant	X	Salle de Naissances	X	Bloc Opératoire HME
X	Gynécologie Obstétrique	X	Grossesses Pathologiques		Anesthésie HME
		X	Maternité		Chirurgie Pédiatrique
	Direction Qualité		Gynécologie		Pédiatrie Générale

	Direction des Soins		Consultations		Réa Néo Natale
	DRH		IVG		Néonatalogie
			AMP		
			Diagnostic Prénatal		

3. DOCUMENTS DE REFERENCE ET ASSOCIES

NA.

4. EVOLUTION

Date	Version	Nature de la modification
15 février 2012	B	Modification

5. DIFFUSION

La diffusion est réalisée par le référent qualité sur papier couleur rose :

	Chef de Pôle	X	Point Qualité
	Chef de Service		Gestion Documentaire
	Cadre Supérieur de pôle		
X	Sage Femme Cadre & Cadre de Santé		Secrétariat direction concernées

6. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

NA

7. GESTION DES DOCUMENTS ET DES ENREGISTREMENTS

Quoi ?	Qui gère ?	Classé où ?	Combien de temps ?	Archivage/ Destruction
Identification	Protection	Accessibilité	Stockage	Durée de conservation
CAT APRES UN PERINEE COMPLET +/- COMPLIQUE GYOB PM SP 036 B	Le référent qualité	Point qualité Classeur rouge Soins du patient	Durée de validité	1 an Destruction par le

		Onglet Protocoles médicaux		réfèrent qualité
--	--	----------------------------	--	---------------------

8. DESCRIPTION

RAPPEL

Classification des lésions périnéales (décrite par Sultan)

- ♦1^{er} degré : lésion cutanée
- ♦2^{ème} degré : lésion atteignant le plan musculaire
- ♦3^{ème} degré : lésion atteignant le sphincter anal = PERINEE COMPLET
 - 3a : < 50 % des fibres du sphincter externe
 - 3 b : > 50 % des fibres du sphincter externe
 - 3 c : sphincter externe + interne
- ♦4^{ème} degré : lésion atteignant la muqueuse ano-rectale = PERINEE COMPLET COMPLIQUE

NB : possible lésion sphinctérienne occulte sans atteinte cutanée

Facteurs de risque

- ♦Primipare
- ♦Extraction instrumentale (forceps > ventouse)
- ♦Présentation céphalique en OS
- ♦Poids de naissance > 4 kg
- ♦Dystocie des épaules
- ♦Episiotomie médiane
- ♦Déclenchement du travail
- ♦2^{ème} phase du travail > 1 h
- ♦APD

CAT IMMEDIATE APRES L'ACCOUCHEMENT

- Régime sans résidu pendant 14 jours et laxatif à la sortie : LANSOYL 1 à 3 c à soupe/j pendant environ 10 jours à adapter en fonction des directives de la diététicienne. Puis régime riche en fibres pendant une semaine.
- Antibiothérapie : AUGMENTIN 1 g x 3/j pendant 48 h, à prolonger pendant 7 j si périnée complet compliqué.
- TV possible pour l'examen du col utérin mais pas d'examen de la réparation du périnée complet.
- Echographie du sphincter anal à 1-2 mois du post-partum.
- Manométrie ano-rectale.
- Rééducation périnéale à débiter **APRES** la visite post-natale et l'échographie.
- Information de la patiente sur le risque d'incontinence anale en sachant que 60 à 80 % de ces patientes sont asymptomatiques à 12 mois.

CAT POUR LA PROCHAINE GROSSESSE

- Info des patientes sur le risque d'apparition ou d'aggravation de leurs symptômes si nouvel accouchement VB
- Pas d'épisiotomie systématique car ne protège pas des lésions périnéales graves.
- Césarienne justifiée si :
 - Patiente présente une incontinence anale.
 - Lésion ayant nécessité une réparation chirurgicale secondaire.
 - Défect sphinctérien échographique.
 - Manométrie ano-rectale anormale
- Discuter du dossier au staff uro-gynéco.

REFERENCES

1. BARAILLE A., Le périnée, enseignement 2^{ème} année de 1^{ère} phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2009-2010
2. BARAILLE A., La réfection de l'épisiotomie, enseignement 2^{ème} année de 1^{ère} phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2009-2010
3. MEDIX cours de médecine, Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Consulté le 29 novembre 2010 ≤<http://www.medix.free.fr/sim/dechirures-obstetricales-episiotomie.php>≥
4. TERNISIEN D'OUVILLE C., Les dysfonctions sexuelles, enseignement 1^{ère} année de 2^{ème} phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2010-2011
5. FRITEL X., Césarienne et troubles génito-sexuels du post-partum. Pelvi-périnéologie, 2009 ; n°4 : p. 209
6. DAVIET J-C., Définitions et épidémiologie de l'incontinence urinaire féminine, enseignement 1^{ère} année de 2^{ème} phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2010-2011
7. DEVULDER F., Incontinence fécale post-obstétricale. PROKTOS.COM, août 2003 consulté le 28 novembre 2010 ≤<http://www.proktos.com/espaces-publicques/espace-patient/maladiedumois/M-IncontinenceFecalePostObst.asp> ≥
8. ATIENZA P., Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement. CNGOF XXIII, 1999 : p. 102
9. MOURICHON L., Sexualité après l'accouchement. Consulté le 1^{er} décembre 2010 ≤http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id100.pdf≥

BIBLIOGRAPHIE

Revues

ANDREWS V., THAKAR V., SULTAN AH., Management of third and fourth degree tears. Gynaecological Practice, 2003 ; n°3 : 188-195

FENNER DE., Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in United States. Am J Obstet Gynecol, 2003 ; vol 189, n°6 : 1543-1549

FOWLER G., Risk factors for and management of obstetric anal sphincter injury. Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine, 2010 ; vol 20, n°8 : 229-234

FRITEL X., Césarienne et troubles génito-sexuels du post-partum. Pelvi-périnéologie, 2009 ; n°4 : 207-212

KAMMERER-DOAK DN., WESOL AB., ROGERS RG., DOMINGUEZ CE., DORIN MH., A prospective cohort study of women after primary repair of obstetric anal sphincter laceration. Am J Obstet Gynecol, 1999 ; vol 181, n°6 : 1317-1323

LOWDER JL., Risk factors for primary and subsequent anal sphincter lacerations : a comparison of cohorts by parity and prior mode of delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2007 ; n°196 : 344e1-344e5

WATIER A., Incontinence fécale : aspects psychologiques et qualité de vie. Acta Endoscopica, 2004 ; vol 34, n°4 : 555-560

Enseignement à l'école de sages-femmes de Limoges

BARAILLE A., Le périnée, enseignement 2ème année de 1ère phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2009-2010

BARAILLE A., La réfection de l'épisiotomie, enseignement 2ème année de 1ère phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2009-2010

CALY H., Examen clinique du prolapsus et de l'incontinence urinaire, enseignement de 1ère année de 2ème phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2010-2011

DAVIET J-C., Définitions et épidémiologie de l'incontinence urinaire féminine, enseignement 1ère année de 2ème phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2010-2011

DAVIET J-C., Rééducation périnéale, enseignement 1ère année de 2ème phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2010-2011

TERNISIEN D'OUVILLE C., Les dysfonctions sexuelles, enseignement 1ère année de 2ème phase. Ecole de sages-femmes LIMOGES ; 2010-2011

Sites internet

ATIENZA P., Complications proctologiques dans les suites de couches : conduite à tenir en 2007. Les JTA, 2007 consulté le 28 novembre 2010 ≤http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1138≥

BOURCIER A., Accouchement et incontinence. Sphère-santé, Accouchement, grossesse et fuite urinaire, consulté le 29 novembre 2010 ≤<http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/accouchement-et-incontinence.html>≥

DEVULDER F., Incontinence fécale post-obstétricale. PROKTOS.COM, août 2003 consulté le 28 novembre 2010 ≤<http://www.proktos.com/espaces-publiques/espace-patient/maladiedumois/M-IncontinenceFecalePostObst.asp> ≥

MEDIX cours de médecine, Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Consulté le 29 novembre 2010 ≤<http://www.medix.free.fr/sim/dechirures-obstetricales-episiotomie.php>≥

MOURICHON L., Sexualité après l'accouchement. Consulté le 1er décembre 2010 ≤http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id100.pdf≥

Recommandations cliniques

Alimentation et lésions périnéales. Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges, Pôle mère-enfant ; Date d'application novembre 2008 : 1-2

ATIENZA P., Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement. CNGOF XXIII, 1999 : 97-114

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
1. ANATOMIE DU PLANCHER PELVIEN ET DEFINITIONS DES DECHIRURES PERINEALES.....	5
2. FACTEURS DE RISQUE DES DECHIRURES PERINEALES DES 3ÈME ET 4ÈME DEGRES.....	8
3. PRISE EN CHARGE.....	11
3.1 Lors de l'accouchement.....	12
3.2A moyen terme.....	13
3.3A long terme.....	14
3.4 La rééducation périnéale.....	15
3.5 Recommandations (8).....	16
4. CONSEQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DES PERINEES COMPLETS NON COMPLIQUES ET COMPLIQUES	17
4.1 Les conséquences physiques.....	18
4.2 Les conséquences psychologiques.....	19
5. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	21
5.1 Constat.....	22
5.2 Problématique.....	23
5.3 Objectif de recherche.....	24
5.4 Hypothèses de recherche.....	25
5.5 Intérêt de l'étude.....	26
5.6 Schéma d'étude.....	27
1. RESULTATS DE L'ETUDE.....	30
1.1 Présentation de la population.....	31