

Mémoire de Maîtrise en médecine No3242

**Evaluation rétrospective d'une consultation du périnée à la
maternité du CHUV**

(Retrospective evaluation of a perineum consultation in
the CHUV's maternity)

Etudiante

Ashley Vigliotti

Tuteur

Dr. Chahin Achtari

Dpt. de gynécologie obstétrique, CHUV, Lausanne

Expert

Dr. Yvan Vial

Dpt. de gynécologie obstétrique, CHUV, Lausanne

Lausanne, 13.01.2017

Abstract :

Introduction : l'accouchement par voie basse (AVB) peut favoriser des problèmes d'incontinence (urinaire, fécale ou aux gaz). Il peut également provoquer des douleurs, des atteintes de la fonction sexuelle, voire parfois des séquelles sur le plan psychologique. Un accouchement est considéré comme « traumatique » lorsqu'il se complique d'une déchirure du troisième ou du quatrième degré (déchirure avec lésions plus ou moins étendues du sphincter anal) et ce dernier est particulièrement susceptible de donner lieu à ces divers problèmes ⁽¹⁾.

Depuis 2006, la maternité du CHUV offre une consultation du périnée à 12 semaines post-partum pour les patientes ayant présenté un accouchement traumatique. Au cours de celle-ci, le médecin prodigue des conseils quant à un accouchement ultérieur. Il peut aussi prescrire de la physiothérapie du périnée, voire proposer une reconstruction chirurgicale du sphincter si nécessaire. Le but de la présente étude était de récolter auprès de ce groupe de patientes des informations sur les accouchements qui ont suivi et sur les symptômes actuels d'incontinence urinaire/anorectale, permettant ainsi d'évaluer la pertinence de la consultation.

Méthode : les patientes remplissant les critères requis ont été contactées par téléphone pour solliciter leur participation. Les volontaires ont alors reçu un questionnaire général recensant des informations relatives à leurs différents accouchements, ainsi que des questionnaires validés pour grader l'incontinence urinaire (UDI-6 et IIQ-7 ⁽²⁾) et anorectale (Wexner modifié de Vaizey *et al.* ^(3,4)). Les résultats récoltés ont été analysés pour apprécier l'impact de divers facteurs sur les incontinenances et leur évolution.

Résultats : 160/369 (43%) des patientes éligibles étant venues à la consultation suite à un accouchement traumatique ont participé à l'étude. Le temps écoulé entre la consultation et l'étude était de 5 ans en moyenne pour ce collectif. 73 (45.5%) d'entre elles n'avaient pas réaccouché, dont 9 (5.6% du collectif) qui ne souhaitaient pas avoir d'autres enfants en raison d'un mauvais vécu de leur premier AVB. Parmi celles qui ont eu d'autres enfants, 53 (33.2%) ont réaccouché par voie basse (VB), 31 (19.4%) par césarienne (CS) et 2 (1.2%) ont eu 1 AVB et 1 CS. 10/36 (27.7%) des CS ont eu lieu malgré l'absence de contre-indication à un AVB et 3 des participantes ont réaccouché par VB alors que le rapport de consultation préconisait plutôt une CS. Parmi celles qui ont réaccouché par VB, le taux de récurrence de déchirure sphinctérienne était de 3.6%.

La majorité de ces patientes rapportent des symptômes d'incontinence ne les gênant que peu ou pas dans leur quotidien. Celles étant incommodées rapportent surtout une incontinence urinaire à l'effort limitant les activités sportives, et des fuites de gaz sur le plan rectal. Dans l'ensemble, 50-60% environ ne voit aucune évolution des symptômes d'incontinence urinaire et anorectale depuis la consultation. Près de 10% rapporte une péjoration des symptômes. Le reste (30-40%) rapporte une évolution favorable avec amélioration voire disparition des symptômes. 35-40% des patientes ayant suivi une rééducation du périnée ont vu une évolution favorable des symptômes d'incontinence. Les patientes ayant réaccouché par CS présentent significativement moins de problèmes d'incontinence urinaire que celles ayant réaccouché par VB ($p=0.046$). Elles présentent aussi moins de problèmes sur le plan anorectal, mais la différence n'était pas statistiquement significative ($p=0.069$).

Conclusion : cette étude confirme que la déchirure sphinctérienne est associée à des symptômes d'incontinence urinaire et anorectale, mais ceux-ci disparaissent ou diminuent dans la plupart des cas et ne sont généralement pas invalidants à moyen terme. La physiothérapie du périnée semble contribuer à leur bonne évolution. Ces patientes présentent aussi des atteintes sexuelles qu'il faut prendre en considération. Les femmes avec un antécédent de déchirure sphinctérienne présentent un risque de récurrence et font plus facilement recours à une CS pour les accouchements ultérieurs. L'accouchement traumatique laisse parfois aussi des séquelles importantes sur le plan psychologique pouvant aller jusqu'à faire renoncer à une autre grossesse. Une meilleure préparation aux risques de l'AVB pendant la grossesse, ainsi qu'un soutien psychologique et la possibilité d'échanger avec d'autres patientes après l'accouchement traumatique pourraient améliorer leur prise en charge.

Mots clés : déchirure, sphincter anal, risques, incontinence, récurrence

Introduction :

Accouchement traumatique : l'accouchement par voie basse peut induire des lésions des structures pelviennes aboutissant à des problèmes d'incontinence (urinaire, fécale et/ou aux gaz). Il peut également provoquer des douleurs, des atteintes de la fonction sexuelle, voire parfois des séquelles sur le plan psychologique. Ces différentes répercussions peuvent toutes être d'importance et de durée variables.

Un accouchement est considéré comme « traumatique » lorsqu'il se complique d'une déchirure du troisième ou du quatrième degré (à savoir une déchirure avec des lésions plus ou moins étendues du sphincter anal) et ce dernier est particulièrement susceptible de causer les différents problèmes évoqués ci-dessus ⁽¹⁾. La fréquence exacte de telles déchirures est difficile à connaître en raison de taux variables rapportés par la littérature, mais on estime qu'elles concernent environ 0.5 à 3.5% des accouchements par voie basse en Europe ⁽⁵⁾. Celles-ci se produisent le plus souvent chez des patientes primipares ⁽⁶⁻⁸⁾ et constituent la première cause d'incontinence anorectale chez les femmes ^(5,9).

Consultation du périnée à la maternité du CHUV : depuis 2006, la maternité du CHUV offre une consultation du périnée aux alentours de 12 semaines post-partum pour les patientes ayant présenté un accouchement traumatique. La majorité de ces patientes ont accouché au CHUV, les autres ont été référées par des établissements externes ou par leur gynécologue. La consultation commence par une anamnèse dirigée sur les symptômes de la patiente, notamment sur la problématique d'incontinence. L'entretien est suivi d'un examen clinique qui consiste à évaluer la contraction du sphincter anal et de la sangle puborectale, ainsi qu'à visualiser le sphincter par ultrason endoanal. Une fois ces informations récoltées, le médecin prodigue des conseils quant à un accouchement ultérieur. Il peut aussi prescrire de la physiothérapie du périnée, voire proposer une reconstruction chirurgicale du sphincter si nécessaire. Ces conseils se basent sur les recommandations issues d'études publiées telles que *Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study* de Fynes *et al.*, ainsi que *Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair* de Harvey *et al.* ^(9,10).

Etude : au cours des 10 dernières années, la consultation a accueilli 546 patientes pour lesquelles, à quelques exceptions près, il n'y a jamais eu de suivi. Le but de la présente étude était de reprendre contact avec celles-ci afin d'obtenir des informations sur les accouchements qui ont succédé à leur accouchement traumatique, les symptômes d'incontinence actuels et leur appréciation de l'évolution de ces symptômes. Ces informations à leur tour seraient de nature à :

- offrir une vue d'ensemble des accouchements subséquents chez ces patientes ;
- évaluer les conseils prodigués lors de la consultation et en apprécier la pertinence ;
- apprécier l'évolution des symptômes d'incontinence en fonction des accouchements ultérieurs ;
- fournir une base de données pouvant servir à d'autres études dans ce domaine ;
- comparer les résultats obtenus à ceux de la littérature scientifique actuelle ;
- identifier des moyens d'améliorer la prise en charge des femmes qui subissent un accouchement traumatique.

Méthode :

Sélection des participantes : ont été retenues comme éligibles pour l'étude les patientes qui ont été examinées à la consultation suite à une déchirure du 3e/4e degré lors de leur premier AVB, à l'issue d'une grossesse monofœtale avec présentation céphalique. Celles présentant une barrière linguistique importante, ainsi que les patientes connues pour une maladie ou des antécédents de chirurgie de la sphère urinaire/anorectale ont été exclues.

Analyse de documents à disposition : les rapports de consultation de ces patientes ainsi que les documents relatifs à leur accouchement traumatique (si disponibles sur les archives médicales informatisées du CHUV) ont été analysés pour récolter les informations suivantes :

- le type de déchirure ;
- la présence au moment de l'accouchement de facteurs de risques reconnus ayant pu contribuer à l'incidence de la déchirure : forceps, ventouse, épisiotomie, présentation postérieure et un poids fœtal de >3,5kg⁽¹¹⁾ ;
- les symptômes et plaintes de la patiente au moment de la consultation : incontinence urinaire ou anorectale, douleurs pelviennes, troubles sexuels ;
- la prescription de physiothérapie du périnée (parfois déjà faite par le gynécologue externe) ;
- les conseils prodigués pour les accouchements ultérieurs.

Information, invitation et envoi du questionnaire : les patientes de la consultation ont ensuite été contactées par téléphone pour leur exposer brièvement la nature du projet, s'assurer qu'elles remplissaient les critères d'inclusion requis et, le cas échéant, solliciter leur participation à l'étude. Un questionnaire a été envoyé aux volontaires ayant donné leur consentement. Ce dernier était disponible en français, anglais et espagnol, et pouvait être envoyé par email ou par courrier postal avec enveloppe préaffranchie selon les préférences de la participante.

Le questionnaire comportait trois parties :

- La première partie posait des questions générales sur la patiente, ses antécédents de recours à la physiothérapie du périnée et les accouchements qui ont suivi son accouchement traumatique. Pour récolter un maximum d'informations sur ces accouchements, un consentement était demandé à celles ayant réaccouché hors du CHUV pour obtenir les rapports d'accouchement auprès des établissements externes.
- La deuxième abordait les symptômes d'incontinence urinaire. Elle contenait les questionnaires UDI-6 et IIQ-7 (questionnaires validés pour grader l'incontinence urinaire)⁽²⁾. Une question supplémentaire a été ajoutée demandant aux patientes de décrire l'évolution de leurs symptômes depuis leur accouchement traumatique.
- La troisième traitait la problématique d'incontinence anorectale par le biais du questionnaire de Wexner modifié selon Vaizey *et al.* *^(3,4) (questionnaire validé pour grader l'incontinence anorectale) ainsi qu'une question additionnelle, cette fois-ci pour apprécier l'évolution de symptômes d'incontinence anorectale.

Les patientes avaient aussi la possibilité de faire des commentaires sur l'étude ou de partager certains aspects de leur vécu autour de leur accouchement traumatique si elles le souhaitaient

Ces questionnaires sont présentés dans l'annexe A, avec des explications relatives à leur contenu et leur interprétation. L'annexe fournit également quelques précisions concernant les valeurs utilisées dans les calculs pour les analyses statistiques.

* Par simplification pour la suite du rapport, questionnaire de Wexner.

Récolte des données : les questionnaires remplis ont été récoltés de novembre 2015 à juillet 2016. Les établissements externes ont été contactés en parallèle pour obtenir les rapports d'accouchements des patientes ayant donné leur consentement.

Analyse des données : l'analyse statistique des données a été faite à l'aide de STATA (14^e version), et s'est divisée en deux parties.

La première partie, à visée descriptive, recensait les informations récoltées sur :

- la patiente (âge et IMC actuels) ;
- l'accouchement traumatique ;
- les symptômes rapportés au moment de la consultation ;
- les conseils prodigués à la consultation (prescription de physiothérapie et mode d'accouchement à privilégier par la suite) ;
- le devenir des patientes : nombre et mode d'accouchement ultérieur ;
- les antécédents de recours à la physiothérapie du périnée ;
- l'adhésion des patientes vis-à-vis des conseils fournis à la consultation ;
- les symptômes actuels d'incontinence urinaire et anorectale.

Les résultats de l'analyse descriptive sont présentés sous forme de moyennes/écarts types pour les valeurs continues, de médiane/intervalle pour les valeurs finies et d'effectif/pourcentages pour les valeurs catégorielles.

La deuxième partie consistait à effectuer des tests comparatifs au sein de cette population pour apprécier l'impact de certains facteurs sur les incontinences urinaire/anorectale et leur évolution :

- l'IMC et l'âge actuel de la patiente ;
- le type de déchirure encouru au moment de l'accouchement traumatique ;
- les antécédents de CS avant l'accouchement traumatique ;
- le nombre et mode des accouchements subséquents ;
- le nombre d'années depuis le dernier accouchement ($>$ ou $<$ 3 ans, seuil correspondant à la médiane dans cette population) ;
- le fait d'avoir effectué de la physiothérapie du périnée ;
- le fait d'avoir suivi le conseil de la consultation :
 - pour la physiothérapie
 - pour le mode d'accouchement des grossesses ultérieures.

Le test chi-carré (voire Fisher si approprié) a été employé pour comparer des variables catégorielles, le t-test pour comparer des valeurs continues normales. Une différence entre deux groupes était considérée comme statistiquement significative si la valeur p était inférieure à 0.05.

Résultats :

Participation à l'étude : sur 546 patientes examinées à la consultation suite à leur accouchement traumatique entre 2006 et 2015, 369 (67%) remplissaient à priori les critères d'inclusion pour cette étude et ont été contactées par téléphone. De ce groupe de 369, 160 volontaires ont rempli le questionnaire (soit une participation de 43%). Des informations générales sur ces patientes sont exposées dans le Tableau 1. Le temps écoulé entre la consultation et l'étude était de 5 ans en moyenne pour ce collectif. Parmi celles qui n'ont pas participé, 25 ont exprimé le souhait de ne pas prendre part à l'étude lors de l'entretien téléphonique et 54 ont renoncé après avoir reçu le questionnaire. Le reste des patientes n'étaient pas joignables.

Tableau 1 : informations générales sur les patientes (n = 160)

Age actuel (moyenne d'années, +/- DS)	36 +/- 5
Age au moment de l'accouchement traumatique (moyenne d'années, +/- DS)	31.5 +/- 4.5
IMC actuel (moyenne +/- DS)	23.5 +/- 4.2
Déchirure du degré III (%)	145 (91%)
<i>IIIa (%)</i>	33 (21%)
<i>IIIb (%)</i>	23 (14%)
<i>IIIc (%)</i>	21 (13%)
<i>Non précisé (%)</i>	15 (43%)
Déchirure du degré IV (%)	15 (9%)
Patientes ayant eu une césarienne avant (%)	15 (9%)
Nombre de semaines post-partum à la consulte (moyenne +/- DS)*	12 +/- 7

Parmi les 160 participantes, 5 étaient enceintes lorsqu'elles ont rempli le questionnaire et ont réaccouché alors que l'étude était encore en cours (2 par VB au CHUV, 2 par CS au CHUV et 1 hors CHUV). La grossesse pouvant induire des problèmes d'incontinence et constituer un facteur confondant, ces 5 patientes n'ont pas été incluses dans les analyses se rapportant aux symptômes d'incontinence urinaire ou anorectale.

Informations récoltées sur l'accouchement traumatique : 5 facteurs de risque reconnus par la littérature ont été recherchés au moment de l'accouchement traumatique. Leur fréquence d'apparition est décrite dans le Tableau 2.

Tableau 2 : facteurs de risque identifiés chez les patientes au moment de l'accouchement traumatique

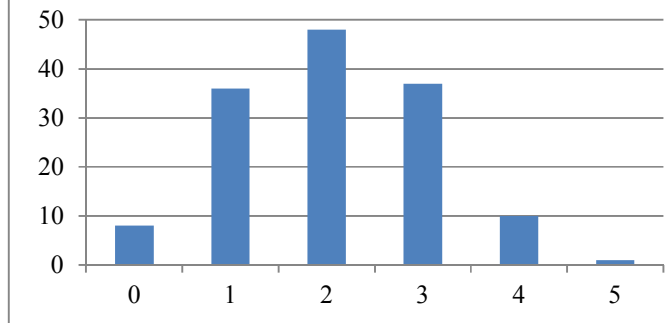
Facteur de risque	Patientes présentant ce facteur de risque lors de leur premier AVB (n = 160)
Forceps	83 (52%)
Ventouse	16 (10%)
Episiotomie	112 (70%)
Bébé >3.5kg	74 (46%)
Présentation postérieure**	36 (23%)

* A noter que pour ce calcul une patiente venue 10 ans après son accouchement traumatique a été exclue

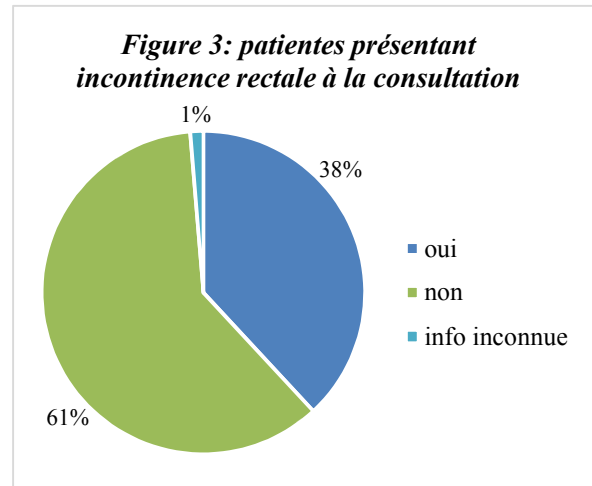
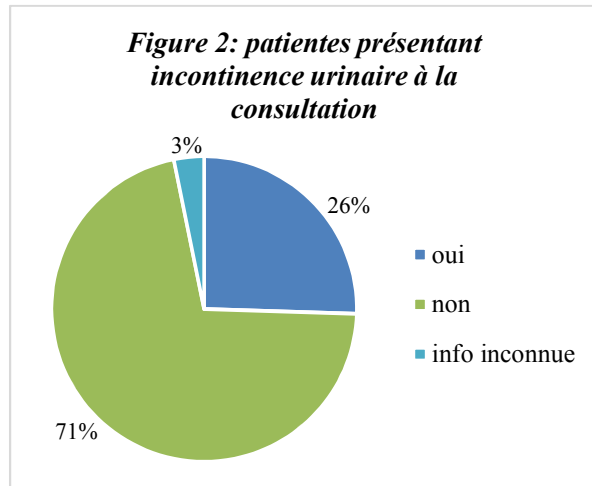
** Cette information manquait pour 18/160 (11%) des patientes

Si on s'intéresse au nombre total de facteurs de risque présents au moment de l'accouchement traumatique pour chaque patiente, on observe une distribution normale centrée sur une moyenne de 2 facteurs de risque (Figure 1). A retenir cependant que cette information manquait pour 12.5% (20/160) des patientes.

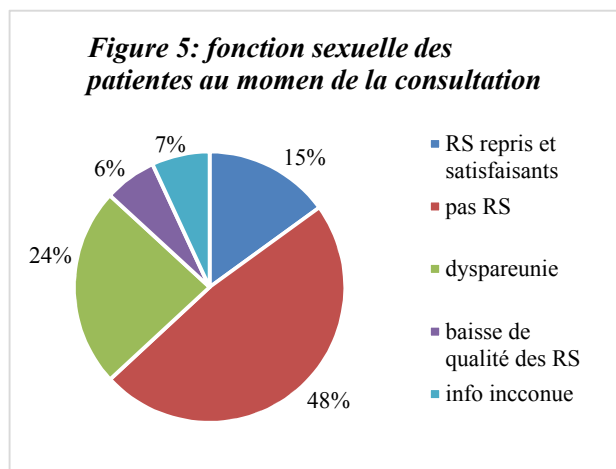
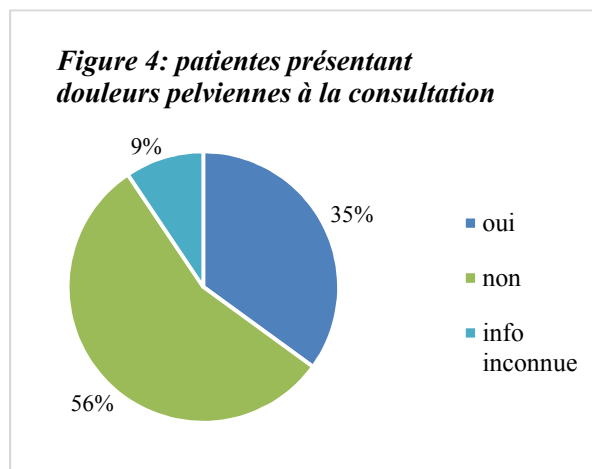
Figure 1: totat de FR chez les patientes lors de leur accouchement traumatique moy: 2.06 DS: 1.05



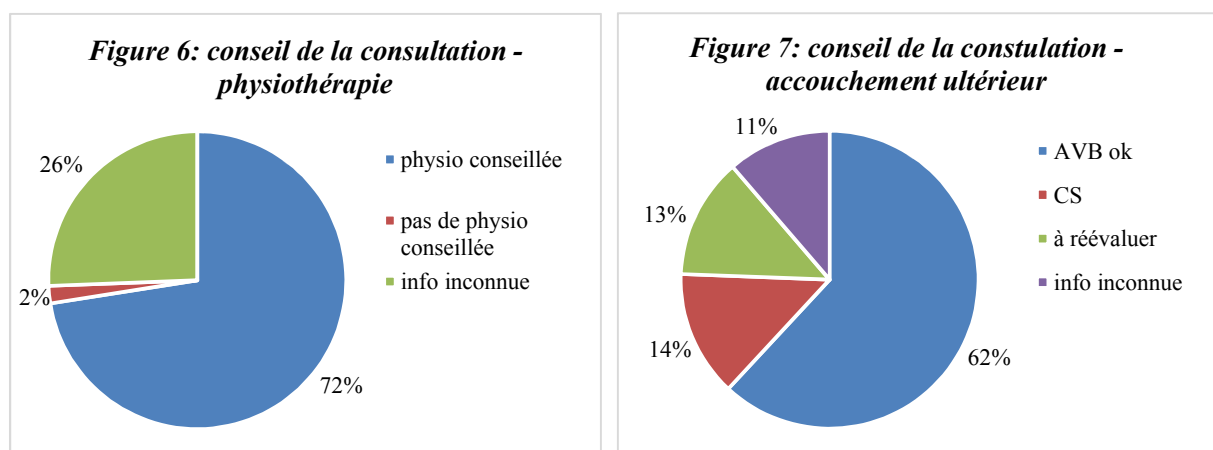
Symptômes des patientes au moment de la consultation: les Figures 2 et 3 indiquent le taux d'incontinence urinaire et rectale selon les rapports de consultation. 11% (18/160) des patientes présentaient les deux types d'incontinence.



Les rapports montrent également que plus d'un tiers des patientes souffraient de douleurs pelviennes au moment de la consultation (Figure 4) et que l'accouchement traumatique avait des répercussions importantes sur la sexualité (Figure 5). Parmi celles n'ayant pas repris les rapports sexuels (RS), le rapport de consultation précisait que c'était par crainte de dyspareunie dans 16% (12/77) des cas.

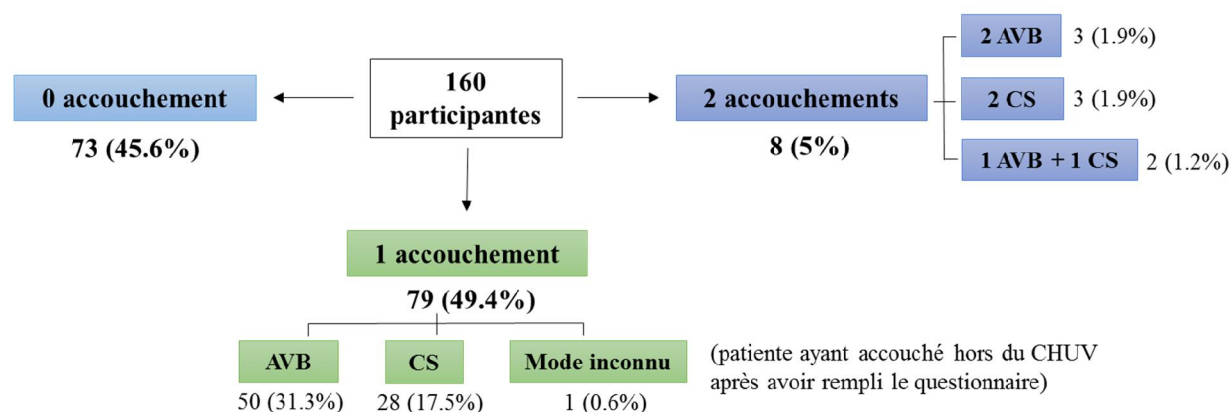


Conseils prodigués par la consultation (Figures 6 et 7) :



Accouchements qui ont suivi l'accouchement traumatique : la Figure 8 présente un bilan des accouchements qui ont eu lieu depuis la consultation.

Figure 8: accouchements depuis la consultation



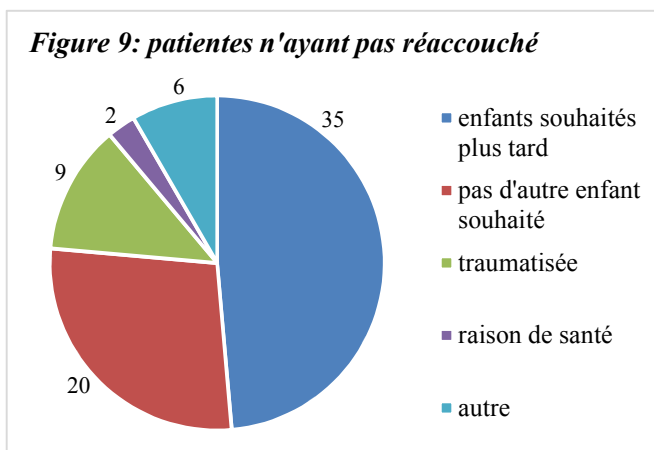
Tous accouchements confondus, ceci représente :

- 15 CS patientes qui ont eu une CS avant leur accouchement traumatique (cf Tableau 1)
- 160 accouchements traumatiques
- 95 réaccouchements (1 x 79 + 2 x 8. Cf Figure 8), dont 1 grossesse gémellaire

Soit un total de 271 naissances pour 160 patientes, ce qui représente une moyenne de 1.69 enfants par participante.

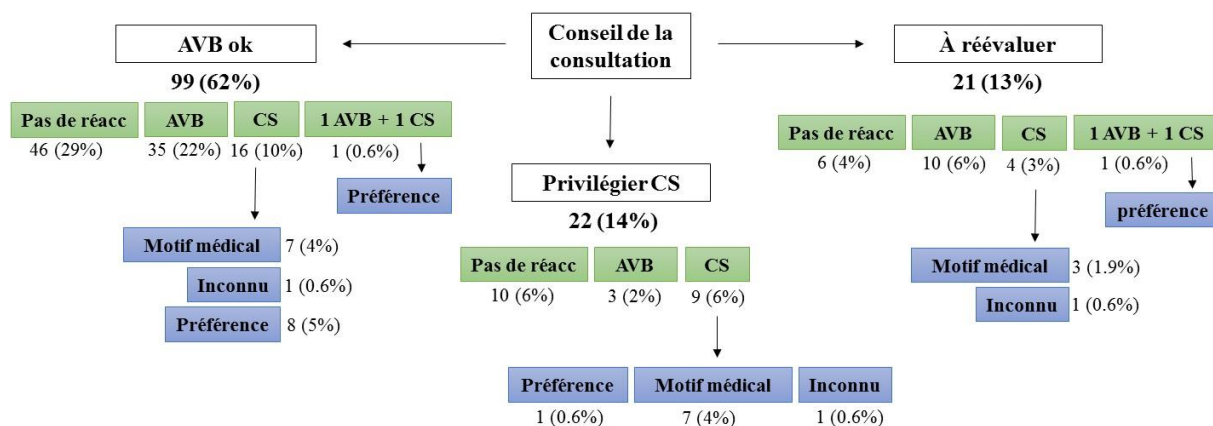
Accouchements ultérieurs – nombre et mode de réaccouchements choisis par les patientes :

Les patientes n'ayant pas réaccouché étaient invitées à décrire leur situation personnelle (Figure 9). 55/73 (75%) des cas mettaient en avant une question de planning familial. Il est important de relever en revanche que 9 patientes (soit 12.3% des patientes n'ayant pas réaccouché, et 5.6% du collectif total) se sont déclarées traumatisées et ne voulaient plus d'enfants en raison d'un mauvais vécu de leur premier AVB.



L'étude s'est également intéressée au mode d'accouchement choisi par les patientes ayant réaccouché, et notamment aux motifs de celles qui ont réaccouché par CS. Pour cela, les patientes ont été invitées à décrire leur situation personnelle. Leur réponse a ensuite été comparée au conseil trouvé dans le rapport de consultation (Figure 10) pour évaluer l'adhésion des patientes aux conseils prodigués à la consultation, et ainsi la pertinence de ces derniers. Sur l'ensemble des patientes, 10 (6.2%) ont eu recours à une CS malgré l'absence de contre-indication à un AVB et 3 (2%) ont réaccouché par VB alors que le rapport préconisait plutôt une CS.

Figure 10 : mode d'accouchement rapporté par la patiente versus conseil dans le rapport de consultation



Sur les 3 patientes qui ont réaccouché par VB malgré un conseil de CS, aucune n'a eu de récurrence de déchirure. En revanche, 2 des patientes qui nécessitaient une réévaluation ont réaccouché par VB et sont passées d'une déchirure du type III (premier accouchement) à une déchirure du type IV (premier réaccouchement). Ces 2 cas représentent 3.6% des patientes ayant réaccouché par VB.

Accouchements ultérieurs par VB – facteurs de risque présents :

Pour les patientes ayant réaccouché par VB, les mêmes facteurs de risque identifiés à l'accouchement traumatique ont été recherchés pour les nouveaux accouchements (Tableau 3. Note bene : l'information de la présentation de l'enfant manquait pour 26% des patientes). Ces informations ont été fournies par les patientes, puis vérifiées chez celles dont les rapports d'accouchement étaient accessibles (dans les archives informatisées du CHUV ou les documents faxés par des établissements externes). La distribution de ces facteurs de risque est décrite dans la Figure 11. La comparaison des Tableaux 2 et 3 (Tableau 4) montre une diminution significative aux réaccouchements pour chaque facteur de risque monitoré, tout particulièrement des accouchements instrumentés (forceps et ventouse). La Figure 11 montre une diminution linéaire des accouchements pour un total de facteurs de risque croissant. A signaler cependant que l'information présentée sur la Figure 11 était indisponible pour 17 des 58 réaccouchements par VB (soit 29.3%).

Tableau 3 : facteurs de risque identifiés chez les patientes ayant réaccouché par voie basse

Facteur de risque	Nombre de réaccouchements pas VB pour lesquels le facteur de risque était présent (n =58)
Forceps	1 (2%)
Ventouse	1 (2%)
Épisiotomie	24 (41%)
Bébé >3.5kg	23 (40%)
Présentation postérieure	5 (9%)

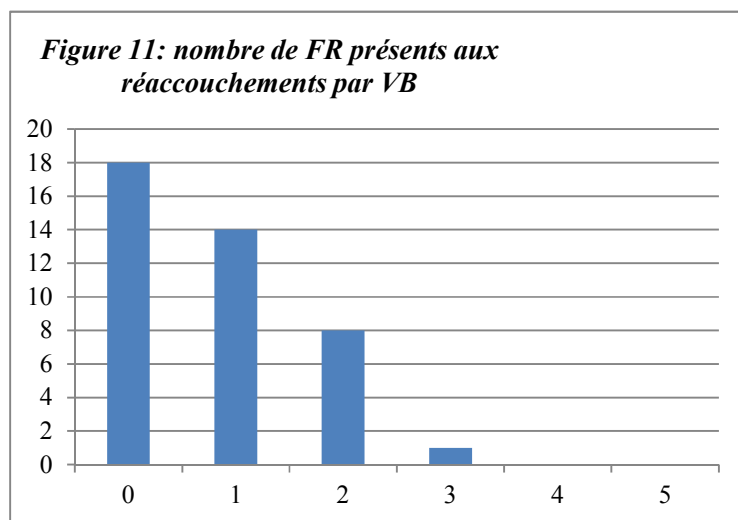


Tableau 4 : comparaison des Tableaux 2 et 3

	forceps (%)	ventouse (%)	épisiotomie (%)	bébé >3.5kg (%)	présentation post (%)
Accouchement traumatique	52	10	70	46	23
Réaccouchement par VB	2	2	41	40	9
Diminution (%)	96	83	50	14	62

L'étude s'est penchée sur les facteurs de risque présents dans les deux cas de déchirure répétée. La première patiente a réaccouché à domicile d'un enfant de <3.5kg en présentation antérieure. Les détails concernant les autres facteurs de risque sont inconnus. La deuxième patiente a réaccouché sans instruments mais avec épisiotomie d'un bébé de >3.5kg. La présentation est inconnue.

Recours à la physiothérapie du périnée : 116 (73%) des patientes ont rapporté avoir effectué de la physiothérapie. Comme pour les réaccouchements, l'attitude des patientes a été comparée aux conseils trouvés dans les rapports de consultation (Tableau 5).

Tableau 5 : recours à la physiothérapie du périnée versus le conseil de la consultation

Vert = conseil suivi, rose = conseil non suivi

Recours à la physiothérapie	Physio conseillée	Physio pas conseillée ou conseil inconnu
Physiothérapie effectuée	94 (58.8%)	22 (13.8%)
Physiothérapie pas effectuée	22 (13.8%)	22 (13.8%)

Symptômes actuels d'incontinence urinaire : sur le collectif des patientes (réduit en raison des 5 qui ont accouché pendant l'étude), 37 (23.9%) étaient parfaitement asymptomatiques sur le plan urinaire avec un UDI-6 tot = 0 et IIQ-7 tot = 0. Parmi celles-ci, 24 (65%) n'avaient aucune plainte déjà au moment de la consultation. Beaucoup de patientes ont soulevé des problèmes d'incontinence urinaire (Tableau 6), mais l'impact rapporté sur la qualité de vie était faible (Tableau 7 et Figure 12). La plupart des patientes incommodées présentaient une incontinence urinaire à l'effort les gênant essentiellement lors des activités physiques (Tableau 7). La Figure 13 montre l'évolution des symptômes d'incontinence urinaires chez l'ensemble des patientes. La Figure 14 montre l'évolution en fonction du recours à la physiothérapie du périnée.

Tableau 6 : UDI-6 – vue d'ensemble des patientes (n = 155)

Symptôme	Symptôme présent	Moyenne UDI-6	Ecart type
1. besoins fréquents d'uriner	61 (39.4%)	0.54	0.76
2. besoins urgents avec pertes d'urine	51 (32.9%)	0.43	0.68
3. pertes d'urine sur toux, éternuement, poids lourds ou lors d'activités physiques	85 (54.8%)	0.72	0.79
4. Pertes de petites gouttes d'urine	48 (31.0%)	0.39	0.65
5. Des difficultés pour vider la vessie	23 (13.8%)	0.18	0.46
6. Des douleurs ou un inconfort dans le ventre ou dans la région génitale	31 (20.0%)	0.25	0.55
Total		2.48	2.41

Tableau 7 : IIQ-7 – vue d'ensemble des patientes (n = 155)

Les symptômes empêchent la patiente (questions 1-5) :	oui	Moyenne IIQ-7	Ecart type
1. de pratiquer ses activités ménagères	4 (2.6%)	0.03	0.21
2. de pratiquer une activité physique (ex marche, natation, course, autre)	28 (18.1%)	0.25	0.59
3. d'aller au cinéma, concert, conférences, etc.	3 (1.9%)	0.03	0.2
4. de voyager en voiture ou en bus à >30min de chez elle	3 (1.9%)	0.02	0.14
5. de participer à des activités sociales en dehors de chez elles	6 (3.9%)	0.05	0.24
6. La patiente se sent anxieuse, dépressive	16 (10.3%)	0.14	0.44
7. La patiente se sent frustrée dans l'existence	15 (9.7%)	0.12	0.38
Total		0.63	1.45

Figure 12 : distribution des points totaux du UDI-6 et IIQ-7 (n = 155)

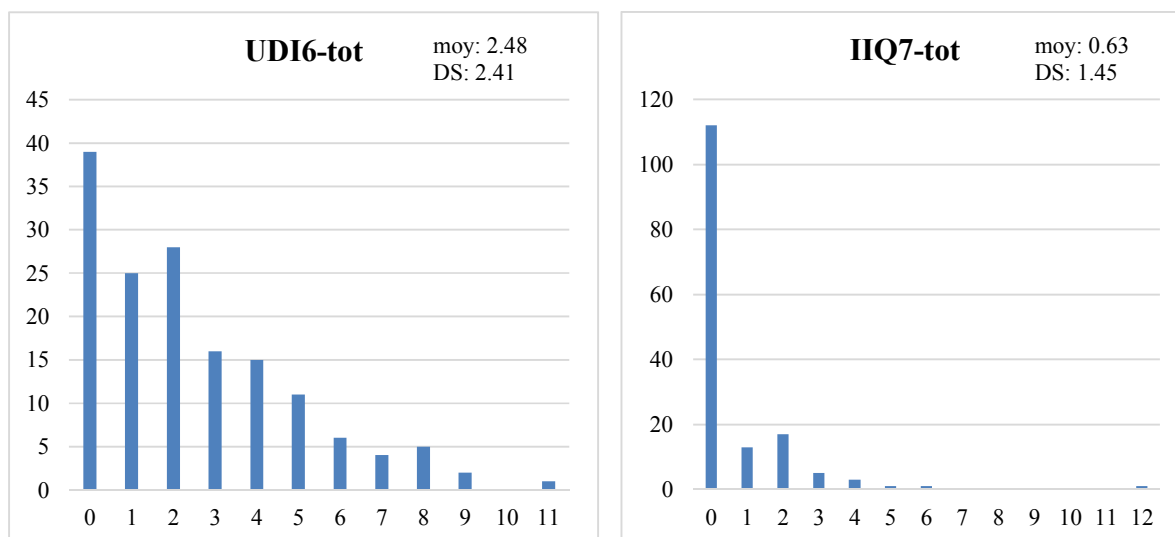


Figure 13: évolution de l'incontinence urinaire rapportée par les patientes

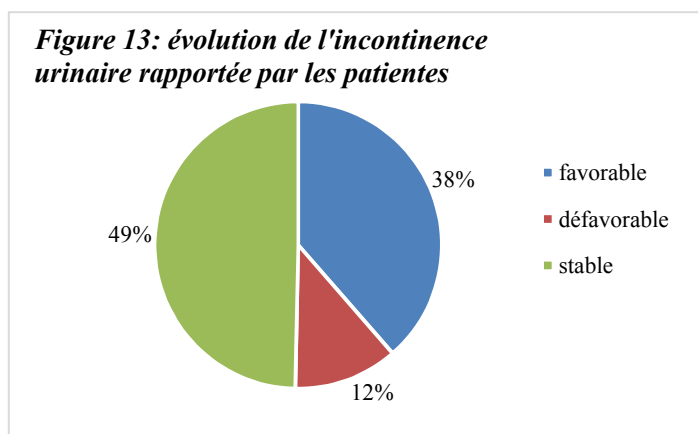
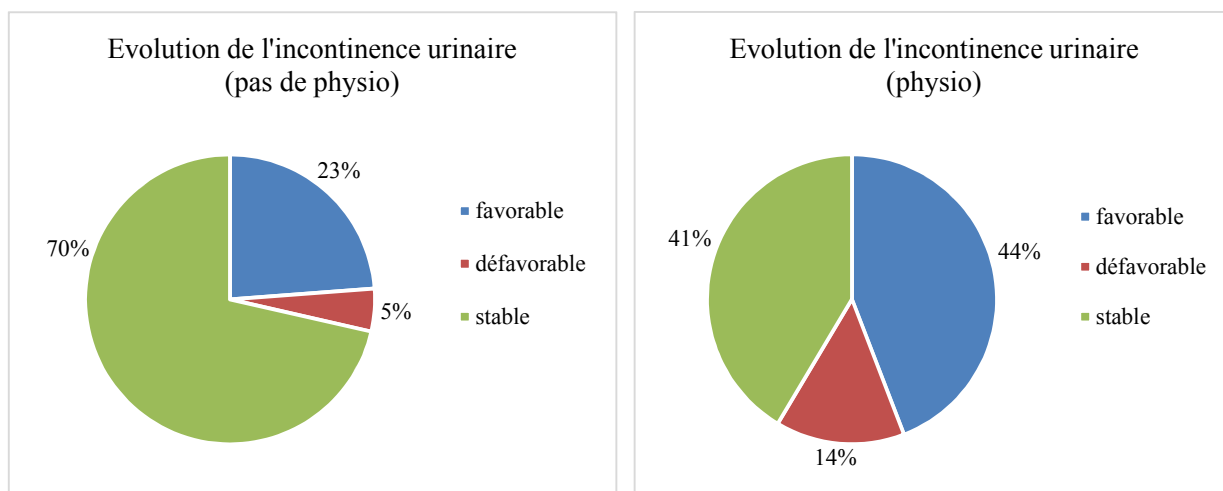


Figure 14 : évolution de l'incontinence urinaire en fonction du recours à la physiothérapie du périnée



Symptômes actuels d'incontinence rectale : sur ce même collectif de 155 patientes, le tiers environ (34.2%) des participantes étaient asymptomatiques au niveau anorectal avec un Wexner tot = 0. Près de 60% des patientes symptomatiques rapportaient une incontinence aux gaz, 20% aux selles liquides et 8.4% aux selles formées (Tableau 8). La Figure 15 offre une vue d'ensemble de la gravité de l'incontinence rectale rapportée par ces patientes. Comme pour l'incontinence urinaire, la plupart (55%) des patientes n'ont pas remarqué d'évolution de leurs symptômes depuis l'accouchement traumatique (Figure 16). La Figure 17 montre l'évolution de l'incontinence anorectale en fonction du recours à la physiothérapie du périnée.

Tableau 8 : Wexner – vue d'ensemble des patientes (n = 155)

Symptôme ou problème	Symptôme présent	Moyenne Wexner	Ecart type
1. Fuites anales incontrôlées de gaz	91 (58.7%)	1.35	1.38
2. Fuites anales incontrôlées de selles liquides	31 (20.0%)	0.26	0.60
3. Fuites anales incontrôlées de selles formées	13 (8.4%)	0.20	0.75
4. Nécessité de porter une protection pour cette incontinence	17 (10.9%)	0.25	0.90
5. Retentissement sur la qualité de vie	39 (25.2%)	0.44	0.90
6. Retentissement sur la sexualité	21 (13.5%)	0.21	0.57
7. Besoin de médicaments pour se constiper	4 (2.6%)	0.03	0.16
8. Incapacité de retenir les selles >15min	25 (16.1%)	0.17	0.37
Total		2.87	3.73

Figure 15 : répartition des points totaux du questionnaire de Wexner

moy: 2.87
DS: 3.73

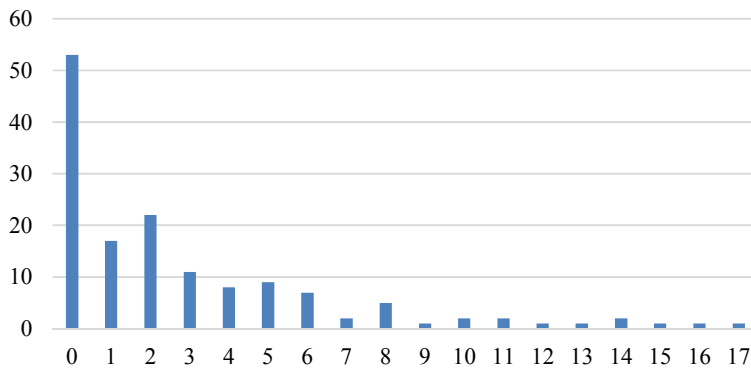


Figure 16: évolution de l'incontinence rectale rapportée par les patientes

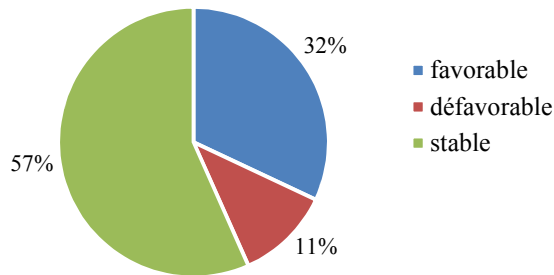
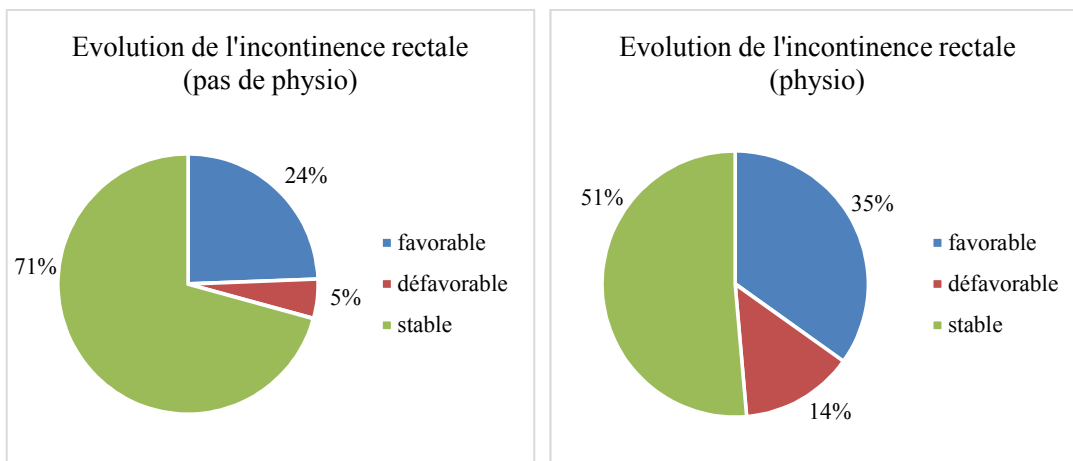


Figure 17 : évolution de l'incontinence rectale en fonction du recours à la physiothérapie du périnée



Analyses comparatives :

En reprenant la liste de facteurs énumérés dans la méthode, n'avaient pas d'impact statistiquement significatif sur le degré ou l'évolution d'incontinence urinaire/anorectale :

- l'IMC (ainsi que l'incidence de l'obésité) et l'âge actuels de la patiente ;
- le type de déchirure (III versus IV) encouru à l'accouchement traumatique ;
- le fait d'avoir eu ou non une CS avant l'accouchement traumatique ;
- le fait d'avoir réaccouché (par AVB ou CS) ou non depuis l'accouchement traumatique ;
- le nombre d'années depuis le dernier (en prenant un seuil de 3 ans).

Cependant, une différence significative a été identifiée entre celles qui avaient réaccouché une fois par CS et une fois par VB. En effet, celles ayant subi une CS présentaient moins de problèmes d'incontinence urinaire que les patientes ayant réaccouché par VB (moyenne de l'indicateur UDI-6/IIQ-7* à 9.9 contre 15.6, $p = 0.046$). Cette différence était proche d'être statistiquement significative pour les problèmes d'incontinence rectale (moyenne du Wexner tot à 2.5 contre 4.2, $p = 0.069$).

Il y avait également une différence statistiquement significative entre les patientes qui avaient effectué de la physiothérapie du périnée et celles qui n'en avaient pas fait. Celles n'en ayant pas eu besoin avaient significativement moins de symptômes d'incontinence urinaire (moyenne de l'indicateur UDI-6/IIQ-7 à 6.84 contre 13, $p = 0.003$) et rectale (moyenne du Wexner tot à 1.8 contre 3.3, $p = 0.03$).

En ce qui concerne le fait d'avoir suivi le conseil de la consultation :

- Pour la physiothérapie : il n'y avait pas d'incidence sur l'incontinence urinaire ou rectale.
- Pour le mode d'accouchement des grossesses ultérieures : il n'y avait pas d'incidence sur l'incontinence urinaire, en revanche les patientes ayant suivi le conseil avaient significativement moins de problèmes d'incontinence rectale (moyenne du Wexner tot à 2.69 contre 10.5, $p = 0.0019$).

* cf annexe A

Résultats qualitatifs de l'étude – retour de patientes sur leur vécu : certaines patientes ont pris le temps de partager leur expérience et vécu. Plusieurs patientes ont exprimé le regret que l'étude n'explore pas l'impact de l'accouchement traumatique sur la sexualité. Certaines ne présentaient pas de problème d'incontinence mais gardaient des séquelles sur le plan sexuel et auraient souhaité pouvoir aborder ce sujet sensible.

« Je n'ai pas eu de problème d'incontinence urinaire après mon accouchement, seulement anale juste après l'accouchement le temps de la cicatrisation puis plus. J'ai par contre un problème persistant de perte de tonicité du périnée et de sensibilité du vagin qui ont un impact sur ma vie sexuelle. C'est à cause de ces symptômes (moindre depuis mon premier accouchement mais toujours présents) que j'ai décidé d'accoucher par césarienne pour ma 2ème grossesse (désir conforté par mon médecin par ailleurs). Donc oui, mon 1^{er} accouchement a été traumatisant pour mon corps et mon mental dans ma vie quotidienne, même si pas lié à l'incontinence. La question de la sensibilité du vagin post accouchement traumatique devrait également faire l'objet d'études scientifiques, car les solutions existantes sont pauvres ! » (Patiente 93)

D'autres ont partagé leur ressenti par rapport à leur accouchement traumatique. Certaines n'avaient pas connaissance du risque d'instruments ou de déchirures importantes et exprimaient le sentiment de ne pas avoir été suffisamment informées ou préparées avant leur accouchement par voie basse.

« Je pense que d'une façon générale, on en parle peu aux femmes de l'importance du périnée et des différents soucis (fuites, douleurs, etc.) qu'elles peuvent rencontrer durant leur vie (suite à une grossesse, ou simplement dû à l'âge). Pour ma part, le gynécologue qui m'a suivi les 10 années avant ma 1ère grossesse ne m'en a jamais parlé. » (patiente 73)

« Je n'ai pas trouvé qu'on m'ait bien pris en charge après mon premier accouchement. La naissance de mon premier enfant a été extrêmement traumatisante et aucune aide n'a été offerte. J'ai vraiment dû me battre pour qu'on "répare" ma région vaginale. Un des médecins m'a dit que des milliers de femmes vivent avec ce genre de problèmes après la naissance ! Cela m'a paru sans rapport, j'étais extrêmement mécontente de vivre avec les dégâts causés. Si j'avais su ce qui m'attendais à ma première naissance j'aurais opté pour un césarienne (aucune mention n'a été faite de forceps avant qu'il ne soit trop tard. Je suis convaincue que l'équipe médicale savait qu'elle allait devoir y faire recours et personne ne m'a informée). Dans tous les cas, la première naissance m'a laissée avec le sentiment d'avoir été « dupée » et « abimée ». (patiente 149, lettre traduite de l'anglais)

Une patiente s'est également permise de faire une demande :

*« Bonjour,
Je vous remercie pour cette étude car je pense que c'est un sujet tabou et dont on a de la peine à parler entre femmes. Tout de suite après mes accouchements, j'aurais eu besoin d'en parler avec d'autres mamans qui avaient eu le même souci que moi. J'avais demandé au Dr s'il était possible d'avoir les coordonnées d'autres femmes concernées, mais par souci de confidentialité (ce que je comprends tout à fait), il n'a pas pu me les communiquer. Moi, j'aurais eu besoin d'en parler, je sais que d'autres femmes n'en ressentent pas le besoin ou n'osent pas. Mais je me demandais s'il vous était possible par exemple de demander à chaque patiente si elle serait d'accord ou non que son nom apparaisse sur une liste ; une liste que vous auriez à disposition si les mamans veulent discuter entre elles. Cette liste permettrait ainsi aux femmes qui ont besoin d'échanger de se contacter. Voilà...c'est juste une idée !...Merci de m'avoir lue » (patiente 100 – un des deux cas à avoir eu une récurrence de déchirure)*

Discussion :

L'accouchement traumatique est susceptible d'engendrer des problèmes de santé physique et émotionnelle pour les patientes concernées. Ce phénomène se confirme dans cette étude à travers les problèmes actuels d'incontinence rapportés, mais également des douleurs pelviennes et des atteintes de la sexualité mis en évidence au moment de la consultation. Il s'apprécie aussi par l'appréhension que rencontrent certaines femmes à l'idée d'un nouvel AVB. A relever que, malgré ces difficultés, les patientes de cette étude n'avaient pas moins d'enfants en moyenne que le reste de la population. En effet, le taux de natalité dans cette étude s'élevait à 1.69 enfants par femme, légèrement supérieur à l'indicateur conjoncturel de fécondité de 1.54 enfants par femme rapporté par l'office fédéral de la statistique en 2015 ⁽¹²⁾. En revanche, le taux de CS électives (38%, soit 36/95 réaccouchements) chez ces patientes était légèrement supérieur à ceux recensés au CHUV (34%) et dans la population suisse (32%) ^(13,14) en 2015. Ces résultats s'alignent avec ceux d'autres études qui trouvent un taux de natalité inchangé mais un taux de CS électives augmenté ⁽¹¹⁾ chez les patientes avec un antécédent de déchirure sphinctérienne.

Bien que le besoin de pallier à cette situation soit évident, les conseils fournis pour la suite nécessitent une prise en compte de facteurs multiples : le statut fonctionnel, l'étendue des lésions anatomiques visualisée par ultrasonographie, les séquelles fonctionnelles du sphincter mesurées par manométrie, ainsi que les souhaits de la patiente ^(9,15). Nonobstant ces directives visant à optimiser la prise en charge, il est difficile de prédire avec certitude quelles patientes seront susceptibles d'avoir une nouvelle déchirure ou des symptômes persistants suite à un deuxième accouchement par VB. Des études montrent qu'il faut 5 CS électives pour prévenir un cas de récurrence de déchirure ⁽¹⁶⁾, et 2.3 CS électives pour prévenir un cas d'incontinence rectale définitive ⁽¹⁷⁾. Bien que le taux de récurrence dans cette étude soit bas et que les patientes suivant le conseil pour le mode d'accouchement se plutôt portent bien dans l'ensemble, cette marge d'incertitude s'apprécie avec les 3 patientes qui ont accouché par VB sans complication malgré un conseil de CS, et les deux patientes avec récurrence pour qui une réévaluation ultérieure était jugée nécessaire au moment de la consultation.

Cadre et limites de l'étude : il est important d'apprécier certains biais et limites pouvant avoir un impact sur la valeur statistique ou le caractère prédictif de cette étude. Nous relevons notamment:

- *la nature rétrospective du projet*: les patientes n'ayant jamais rempli les questionnaires UDI-6, IIQ-7 ou Wexner auparavant, il n'y avait pas de moyen objectif de mesurer l'évolution des symptômes. Un simple moyen pour à la fois prévenir cet obstacle et créer une plus grande cohorte serait de faire remplir aux patientes ces questionnaires au moment de la consultation. On pourrait aussi soumettre des questionnaires évaluant la fonction sexuelle (comme le FSFI), la qualité de vie et l'état dépressif. Ceci offrirait un point de comparaison objectif en cas de contrôle ou étude ultérieure et permettrait également aux patientes de mieux apprécier l'évolution de leur condition. Des questionnaires pourraient être envoyés à intervalles réguliers aux patientes qui donnent leur consentement. Ajoutons que les informations fournies par ces questionnaires offrirait un guide supplémentaire dans la prise en charge, permettant de mieux cibler les plaintes des patientes.
- *un biais de sélection* : on peut s'interroger sur l'état des patientes n'ayant pas pu ou voulu participer à l'étude; en effet, certaines présentent des facteurs pouvant avoir un impact sur leur santé et leur accès aux soins (ex: barrière linguistique ou précarité socio-économique). Les problèmes seraient alors sous-évalués. À l'inverse, il est possible que des patientes atteintes dans leur santé soient plus disposées à participer à ce genre d'étude que des patientes asymptomatiques et qu'il y ait donc une surévaluation du problème. A relever dans tous les cas que plusieurs mesures ont été prises pour tenter de réduire au maximum les obstacles à la participation : les patientes ont été contactées par téléphone pour leur présenter l'étude avant de solliciter leur participation ; des enveloppes préaffranchies ont été fournies pour que la participation d'engendre pas de frais pour les participantes ; enfin, celles qui n'avaient pas répondu au questionnaire comme initialement convenu ont reçu un appel téléphonique pour vérifier qu'il n'y avait pas de point d'interrogation de leur part, ou pour vérifier qu'elles étaient toujours intéressées.

- *des données manquantes* sur les accouchements antérieurs, ainsi que certains questionnaires remplis que partiellement par les patientes.
- *des difficultés de compréhension*: malgré une sélection de patientes sans barrière linguistique, certains éléments du questionnaire ont posé des difficultés de compréhension. Ceci s'est observé en particulier pour la question supplémentaire gradant l'évolution des symptômes d'incontinence urinaire/anorectale. Beaucoup de patient n'ont rien coché ou répondu que leurs symptômes avaient « disparu », tout en précisant en annexe qu'elles n'avaient jamais eu de problème d'incontinence. Nous avons aussi constaté dans le IIQ-7 que les patientes ne comprenaient pas toujours que les problèmes évoqués devaient être induits par l'incontinence urinaire. Par exemple, quelques-unes ont souligné une humeur dépressive alors qu'elles étaient asymptomatiques d'après l'UDI-6.
- *l'absence de contrôles dans la conception de l'étude*: pour réellement apprécier l'impact de la consultation, l'idéal aurait été de comparer ce collectif à des patientes ayant aussi subi un accouchement traumatique, mais n'étant pas allées à la consultation. Pour ceci, il faudrait monter une étude multicentrique où toutes les femmes avec une déchirure sphinctérienne objectivée reçoivent ces questionnaires. On pourrait alors comparer les patientes en fonction de leur suivi, et notamment en fonction de si elles ont été examinées à la consultation.
- *une discrépance occasionnelle entre les rapports de consultation et les réponses des patientes*, notamment sur la présence des symptômes et les conseils concernant les accouchements ultérieurs (possiblement due à des interventions des gynécologues externes). Concernant les symptômes, il est difficile de dire si ceux-ci étaient sous-estimés à la consultation ou surestimés par l'étude (au vu des nombreuses patientes rapportant des symptômes d'incontinence mais peu voir aucune répercussion sur leur qualité de vie).
- *le fait qu'il n'aborde pas les atteintes de la fonction sexuelle* : en effet, elles représentent un aspect important, même plus important pour certaines patientes que les problèmes d'incontinence.

Autres remarques sur la méthode :

Concernant les facteurs de risque sélectionnés : une CS préalable à l'accouchement traumatique n'a pas été retenue comme facteur de risque étant donné que son impact sur le risque de déchirure ultérieure est débattu ^(2,5,8). Les études soutenant cette hypothèse attribuent surtout le risque au poids fœtal ayant mené à la césarienne. Une autre étude soulève également que les risques liés à la CS dépendent des circonstances ; une CS élective présente un risque inférieur à celui d'une CS faite tardivement dans le travail ou en urgence ⁽⁹⁾. Ces conditions n'étaient pas connues pour les patientes ayant eu un premier accouchement par CS dans notre étude, raison pour laquelle cet aspect n'a pas été pris en compte pour les analyses.

Concernant certains facteurs évalués pour leur impact sur l'incontinence dans les analyses statistiques : l'étude s'est intéressée à l'IMC et l'âge actuels parce que la surcharge pondérale ⁽¹⁰⁾ et l'âge avancé ⁽¹¹⁾ constituent des facteurs de risque importants pour l'incontinence urinaire. L'étude s'est aussi penchée sur l'impact d'un antécédent de CS avant l'accouchement traumatique. Ceci peut sembler paradoxal vu qu'il n'a pas été retenu comme facteur de risque pour une récurrence de déchirure, mais il faut dissocier le risque d'incontinence du risque de déchirure. Une déchirure prédispose à l'incontinence, mais l'incontinence rectale peut survenir malgré un plancher pelvien intact par lésions indirectes du nerf honteux ^(6,10). Une CS ne prévient pas toujours l'incontinence anorectale ^(12,13).

Interprétation des résultats – quelques remarques :

Surveillance des facteurs de risque : l'étude met en évidence une diminution importante des facteurs de risque présents aux AVB ultérieurs comparé à l'accouchement traumatique. En effet, on constate une forte diminution des accouchements instrumentés (96.7% moins de forceps, 83% moins de ventouse), ainsi qu'environ 40% moins d'épisiotomies. Néanmoins, il est important de relever les points suivants :

- L'épisiotomie est souvent citée comme facteur de risque pour un accouchement traumatique dans la littérature. Cependant, beaucoup des études sont effectuées en Amérique du nord où l'on pratique des épisiotomies médianes ⁽¹⁸⁾. Or en Europe il est plutôt coutume de faire des épisiotomies médio-latérales qui sont parfois plus douloureuses que l'épisiotomie médiane mais qui présentent un effet protecteur pour les déchirures sphinctériennes ⁽⁵⁾. On les rencontre surtout dans un contexte de déchirure lorsqu'elles sont concomitantes avec un forceps ou une ventouse.
- Le recours aux forceps est l'un des plus grands facteurs de risque de déchirure sphinctérienne, mais il est actuellement difficile de prédire à l'avance quelles patientes y seront exposées. La diminution de l'utilisation de forceps aux accouchements ultérieurs n'est donc probablement pas liée à une surveillance accrue lors de la grossesse, mais simplement au fait que les accouchements traumatiques sont plus fréquents lors du premier AVB. L'idéal pour pallier à cette situation serait la création d'un score permettant de prédire le risque de forceps, et donc indirectement le risque de déchirure.
- Comme mentionné dans les résultats, la présentation de l'enfant était inconnue pour 17 des 58 réaccouchements par VB (soit 29.3%). Il est donc très probable que ce facteur de risque (estimé à 61.8%) soit surévalué.
- La diminution de 14.2% seulement des bébés pesant >3.5kg à la naissance pour les accouchements ultérieurs peut paraître étonnante. Ceci s'explique par le seuil choisi de 3.5kg dans cette étude. Certaines études estiment qu'il y a un risque accru de déchirure à partir de 4kg ⁽¹⁹⁾ alors que d'autres considèrent que le risque est déjà présent à partir de 3.5kg ^(8,11). C'est donc par mesure conservatrice que le seuil de 3.5kg a été choisi pour cette étude. Or, les rapports de consultation préconisant une surveillance du poids fœtal conseillaient une provocation avant d'atteindre 4kg. En prenant un seuil de 4kg au lieu de 3.5kg, le taux de bébés pesant >4kg passe de 9.4% (15/160) dans les accouchements traumatiques à 5.2% (3/58) pour les réaccouchements par VB, ce qui représente une réduction de 44.7% pour ce facteur de risque. On peut en déduire que la surveillance du poids est fortement sous-estimée avec un seuil de 3.5kg.

En conclusion, la diminution de ces facteurs de risque doit être interprétée avec prudence ; elle peut être attribuée en partie à la surveillance du poids fœtal, mais également au simple fait que le taux de déchirure sphinctérienne est inférieur chez les multipares.

Conseils prodigués à la consultation : un des objectifs de l'étude était d'apprécier les conseils prodigués aux patientes au moment de la consultation, afin de juger de leur pertinence en fonction de l'adhésion et de l'état des patientes par la suite.

L'étude s'est notamment intéressée à la prescription de la physiothérapie du périnée. Un des résultats de l'étude soulève que les patientes ayant effectué de la physiothérapie présentaient significativement plus de symptômes d'incontinence urinaire et rectale que les patientes n'y ayant pas fait recours. Ceci peut laisser penser à tort que la physiothérapie est inutile. Mais il faut reconnaître qu'il s'agit d'une comparaison biaisée. En effet, les patientes dispensées de physiothérapie l'étaient parce qu'elles ne présentaient ni symptômes ni séquelles fonctionnelles au moment de la consultation. Pour cela, la grande majorité d'entre elles n'ont pas noté d'évolution (cf Figures 14 et 17) du fait que les symptômes étaient, dès le départ, absents. En revanche, les patientes ayant fait de la physiothérapie étaient moins bien portantes au départ, et 35-40% d'entre elles ont observé une diminution voire disparition de leurs symptômes suite à la physiothérapie (cf Figures 14 et 17). Nous retenons donc que la physiothérapie a un effet bénéfique, bien que beaucoup des patientes gardent des symptômes résiduels.

L'étude s'est également intéressée au mode des accouchements ultérieurs. Dans notre collectif, près de 40% de ceux-ci ont été par CS, et parmi celles qui ont accouché par VB il y eu un taux de récurrence de 3.6%. Ceci correspond quasiment au même taux trouvé en moyenne en Europe selon Hehir *et al.*, 2014 ⁽⁵⁾. Cela suggère que l'incidence de récurrence de déchirure est similaire à celle des déchirures sphinctériennes chez les patientes primipares, comme il est décrit ailleurs dans la littérature ⁽¹⁹⁾. Cela peut sembler surprenant au vu de la surveillance accrue de facteurs de risque comme le poids fœtal pendant la grossesse. Toutefois cela s'explique pas le fait que les patientes ayant déjà eu un accouchement traumatique ont un risque 3-4 fois plus élevé de refaire une déchirure sphinctérienne, comparé aux patientes sans antécédent ^(8,11).

Les analyses statistiques montrent que les patientes ayant suivi le conseil de la consultation pour le mode d'accouchement se portaient mieux que celles qui ne suivaient pas le conseil. Il est important de relever cependant qu'il n'y avait que 2 patientes dans ce test qui n'avaient pas suivi le conseil (contre 66 qui avaient suivi le conseil). De manière générale, on peut dire que les patientes qui participent à la consultation suivent le conseil, avec un résultat positif dans l'ensemble. Même si l'échantillon de patientes n'ayant pas suivi le conseil est trop faible pour pouvoir conclure de manière quantitative, le résultat donne une bonne indication de valeur de la consultation et du conseil proposé.

Les analyses pour cette étude suggèrent que les patientes ayant réaccouché une fois par CS présentaient significativement moins de problèmes d'incontinence urinaire que celles ayant réaccouché une fois par VB. Elles présentaient aussi moins de problèmes sur le plan rectal, avec une différence proche d'être statistiquement significative ($p = 0.069$). Cette différence s'explique peut-être par le fait qu'une CS élective implique un stress moindre pour le périnée par rapport à un accouchement par VB, et réduit le risque d'incontinence. A noter aussi que le tiers de ces CS (9/28, soit 32.1%) ont été faites malgré l'absence de contreindication à un AVB. Il est difficile de prédire si ces patientes auraient eu plus de symptômes en accouchant par VB et si cela aurait changé les résultats.

Résultats qualitatifs : certaines participantes ont offert un aperçu de leur vécu autour de l'accouchement traumatique. Leurs remarques ont soulevé des besoins qui ne sont pas satisfaits par notre prise en charge actuelle. Des solutions simples pourraient pallier à cette situation. Parmi celles-ci il y aurait :

- d'informer les patientes enceintes des risques de l'accouchement par VB, ainsi que des symptômes ou problèmes qu'elles peuvent rencontrer par la suite. Ceci pourrait se faire par le biais d'une consultation du périnée ou des brochures.
- la création de groupes de parole. Cela pourrait se faire par le biais des réseaux sociaux, ou simplement en demandant au moment de la consultation si les patientes sont d'accord de donner leurs coordonnées pour échanger leur vécu avec d'autres mamans.
- la mise en place d'une consultation pour offrir un soutien psychologique si besoin.
- d'informer les patientes au moment de la consultation de la possibilité de consulter chez un sexologue en cas de difficultés persistantes sur le plan sexuel.

Conclusion :

Dans ce collectif, la majorité des patientes ont suivi les conseils de la consultation, tant pour la physiothérapie du périnée que pour le mode d'accouchement à privilégier par la suite, et se portent bien dans l'ensemble. Cette étude confirme que la déchirure sphinctérienne est associée à des symptômes d'incontinence urinaire et anorectale. Cependant, dans notre collectif, ceux-ci disparaissent ou diminuent dans la plupart des cas et ne sont généralement pas invalidants au quotidien. Nous observons par ailleurs l'effet bénéfique de la physiothérapie du périnée qui semble contribuer à la bonne évolution de ces symptômes. Les analyses montrent également que les patientes ayant réaccouché par CS étaient moins symptomatiques que celles ayant réaccouché par VB.

Ces patientes ayant un antécédent de déchirure sphinctérienne ont un risque de récurrence lors d'un deuxième AVB plus élevé que les femmes unipares sans antécédent d'accouchement traumatique, et font plus facilement recours à une CS pour les accouchements ultérieurs. Cependant, avec la surveillance de facteurs tels que le poids fœtal lors des grossesses ultérieures, les patientes ne présentant pas de contre-indication à un AVB n'ont pas plus de risques de refaire une déchirure qu'elles n'en avaient lors de leur premier AVB.

L'accouchement traumatique laisse parfois aussi des séquelles sur le plan psychologique pouvant aller jusqu'à faire renoncer à une autre grossesse. Une meilleure préparation aux risques de l'AVB pendant la grossesse, ainsi qu'un soutien psychologique et la possibilité d'échanger avec d'autres patientes après l'accouchement traumatique pourraient améliorer leur prise en charge.

Bien que l'étude se concentre sur la problématique d'incontinence urinaire/anorectale, elle met en évidence des problèmes que peuvent rencontrer les patientes sur le plan sexuel. Celles-ci pourraient être informées au moment de la consultation de la possibilité de consulter chez un(e) sexologue. Peut-être faut-il aussi éduquer les médecins à aborder ce sujet avec leurs patientes en post-partum.

Bibliographie :

1. Baud D, Meyer S, Vial Y, Hohlfeld P, Ahtari C. Pelvic floor dysfunction 6 years post-anal sphincter tear at the time of vaginal delivery. *Int Urogynecology J*. 2011 Sep;22(9):1127–34.
2. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fantl JA. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program for Women Research Group. *Neurourol Urodyn*. 1995;14(2):131–9.
3. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993 Jan;36(1):77–97.
4. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut*. 1999 Jan;44(1):77–80.
5. Hehir MP, Fitzpatrick M, Cassidy M, Murphy M, O’Herlihy C. Are women having a vaginal birth after a previous caesarean delivery at increased risk of anal sphincter injury? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014 Nov;121(12):1515–20.
6. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O’Connell PR, O’Herlihy C. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol*. 1998 Dec;92(6):955–61.
7. Jha S, Parker V. Risk factors for recurrent obstetric anal sphincter injury (rOASI): a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J*. 2016 Jun;27(6):849–57.
8. Lowder JL, Burrows LJ, Krohn MA, Weber AM. Risk factors for primary and subsequent anal sphincter lacerations: a comparison of cohorts by parity and prior mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Apr;196(4):344.e1-5.
9. Harvey M-A, Pierce M, Alter J-EW, Chou Q, Diamond P, Epp A, et al. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2015 Dec;37(12):1131–48.
10. Fynes M, Donnelly V, Behan M, O’Connell PR, O’Herlihy C. Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet Lond Engl*. 1999 Sep 18;354(9183):983–6.
11. Baghestan E, Irgens LM, Børdahl PE, Rasmussen S. Risk of recurrence and subsequent delivery after obstetric anal sphincter injuries. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2012 Jan;119(1):62–9.
12. Naissances et décès [Internet]. [cited 2016 Nov 19]. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces.html>
13. Office fédéral de la santé publique - Accouchement par césarienne en Suisse [Internet]. [cited 2016 Nov 22]. Available from: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/15309/index.html?lang=fr>
14. Netgen. Risques à long terme de l’accouchement par césarienne [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cited 2016 Nov 22]. Available from: <http://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-222/Risques-a-long-terme-de-l-accouchement-par-cesarienne>
15. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Mode of delivery after obstetric anal sphincter injury and the risk of long-term anal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jun;214(6):733.e1-733.e13.

16. Minaglia SM, Kimata C, Soules KA, Pappas T, Oyama IA. Defining an at-risk population for obstetric anal sphincter laceration. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Nov;201(5):526.e1-6.
17. McKenna DS, Ester JB, Fischer JR. Elective cesarean delivery for women with a previous anal sphincter rupture. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Nov;189(5):1251–6.
18. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Mar;192(3):875–81.
19. Boggs EW, Berger H, Urquia M, McDermott CD. Recurrence of obstetric third-degree and fourth-degree anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol.* 2014 Dec;124(6):1128–34.

Annexe A :

Questionnaire de la fonction urinaire (UDI-6) : ce questionnaire est constitué de 6 items à 3 points. Pour chaque item, la patiente indique dans quelle mesure est gênée par l’item en question :

- pas du tout (0 point)
- légèrement (1 point)
- modérément (2 points)
- beaucoup (3 points)

Est-ce que vous avez et, si oui, dans quelle mesure êtes-vous gênée par : (cocher)

	<i>Pas du tout</i>	<i>Légèrement</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>
<i>Des besoins fréquents d’uriner ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Des besoins urgents avec pertes d’urine ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Des pertes d’urine lorsque vous toussiez, éternuez, portez quelque chose de lourd, lors d’activités physiques ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Des pertes de petites gouttes d’urine ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Des difficultés pour vider votre vessie ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Des douleurs ou un inconfort dans votre ventre ou dans la région génitale ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La somme des points (soit 0-18 points) est faite pour apprécier l’état de la fonction urinaire.

Dans les analyses statistiques, on calcule un résultat UDI-6 qui correspond à la moyenne des points par item x25

Questionnaire de l’impact de l’incontinence urinaire (IIQ-7) : ce questionnaire présente un format identique à celui de l’UDI-6 mais contient 7 items au lieu de 6, ce qui donne un total de 0-21 points. Cette somme permet d’apprécier l’impact de l’incontinence urinaire sur la qualité de vie.

Est-ce que les pertes d’urine vous empêchent : (cocher)

	<i>Pas du tout</i>	<i>Légèrement</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>
<i>De pratiquer vos activités ménagères ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>De pratiquer une activité physique comme marcher, nager, courir, ou autres ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>De vous rendre au cinéma, concert, conférences, etc. ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>De voyager en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de votre domicile ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>De participer à des activités sociales hors de chez vous ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vous sentez-vous anxieuse, dépressive ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vous sentez-vous frustrée dans l’existence ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans les analyses statistiques, on calcule un résultat IIQ-7 qui correspond à la moyenne des points par item x 1.1

Indicateur combinant l'UDI-6 et l'IIQ-7 : la somme des résultats UDI-6 et IIQ-7 donne une valeur permettant de grader l'incontinence urinaire dans son ensemble. C'est cette valeur qui est utilisée dans les tests comparatifs de cette étude pour l'incontinence urinaire.

Questionnaire de Wexner : ce questionnaire est constitué de 6 items à 4 points et 2 items à 1 point. Dans les items à 4 points, la patiente décrit à quelle fréquence elle est gênée par un aspect précis :

- jamais (0 point)
- <1x par mois (1 point)
- <1x par semaine (2 points)
- >1x par semaine (3 points)
- ≥1x par jour (4 points)

Les 2 items à 1 point se répondent pas oui (1 point) ou non (0 point).

Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées : (cocher)

	<i>de gaz ?</i>	<i>de selles liquides ?</i>	<i>de selles formées?</i>
<i>Jamais</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Moins d'une fois par mois</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Moins d'une fois par semaine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Plus d'une fois par semaine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Une fois par jour ou plus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À cause des fuites anales, portez-vous des garnitures (protège-slips, serviettes, couches) ? (cocher)

- jamais*
- rarement*
- parfois*
- souvent*
- toujours*

Les fuites anales ont-elles un retentissement sur la qualité de vie ? (cocher)

- jamais*
- rarement*
- parfois*
- souvent*
- toujours*

Les fuites anales ont-elles un retentissement sur votre sexualité ? (cocher)

- non*
- légèrement*
- un peu*
- beaucoup*
- considérablement*

Prenez-vous des médicaments pour vous constiper (diminuer le nombre de selles) ? (cocher)

- oui*
- non*

Quand vous avez envie d'aller à selle, êtes-vous capable de vous retenir pendant plus de 15 minutes ?

- oui*
- non*

La somme des points (soit 0-26 points) donne une appréciation de la sévérité de l'incontinence rectale.