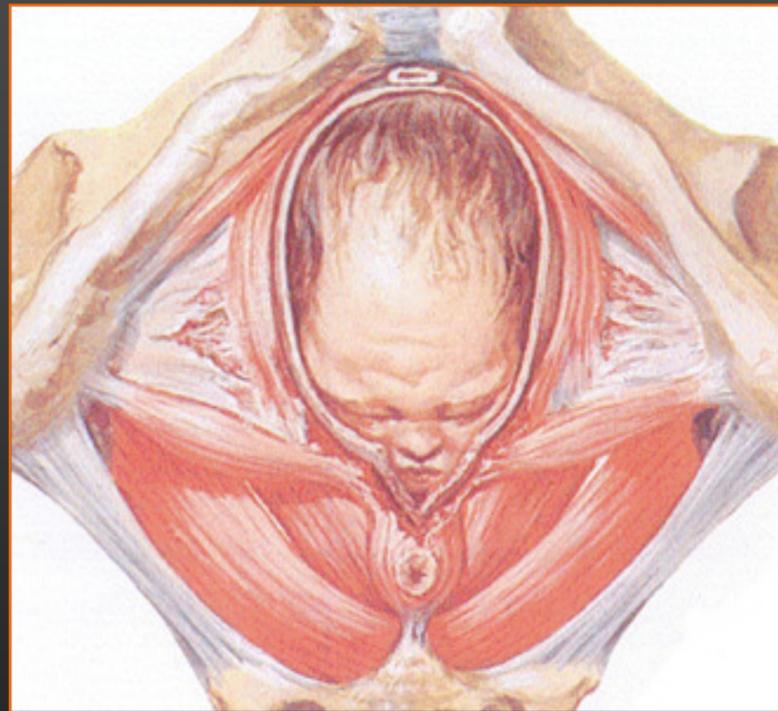


Périnée Complet / Lésion Obstétricale du Sphincter Anal (LOSA)



Pr Xavier FRITEL, Université de Poitiers, France

Classification des déchirures obstétricales

Périnée Complet - LOSA

Classification des déchirures obstétricales périnéales.

Classification française	Classification RCOG – OMS	Lésions anatomiques
Périnée superficiel	1 ^{er} degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple	2 ^e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
Périnée complet	3 ^e degré	a Moins de 50 % du sphincter anal externe
		b Plus de 50 % du sphincter anal externe
		c Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
Périnée complet compliqué	4 ^e degré	Muqueuse rectale



2



3



4

Epidémiologie & Facteurs de risque

- Incidence 1 % (0,5 à 5 %)
- Facteurs de risque (OR)
 - **Nulliparité (4)**
 - **Extraction instrumentale (7)**
 - Présentation postérieure (3)
 - Macrosomie fœtale (>4kg, 2)
 - Episiotomie médiane
 - Inexpérience
 - non visualisation du périnée

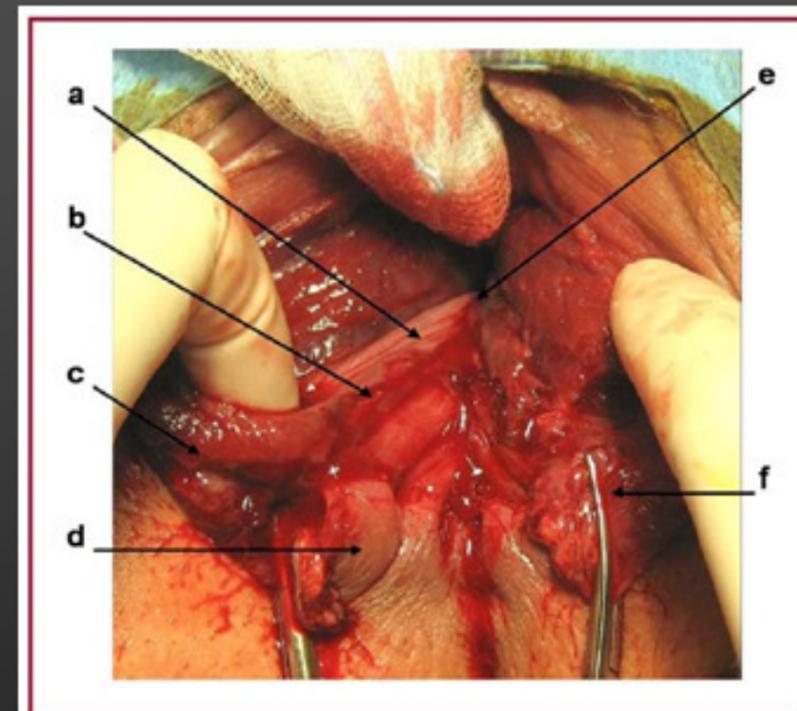


Fig. 1. Périnée complet compliqué avec rupture complète de la cloison rectovaginale et des sphincters interne et externe de l'anus. Les différents repères sont identifiés : a : muqueuse vaginale ; b : muqueuse rectale ; c : reliquats hyménaux ; d : muqueuse anale ; e : extrémité supérieure de la déchirure vaginale ; f : chefs du sphincter externe de l'anus mis sur pincés.

Conséquences postnatales

Fecal and Urinary Incontinence in Primiparous Women

*Diane Borello-France, PT, PhD, Kathryn L. Burgin, PhD, Holly E. Richter, PhD, MD, Halina Zyczynski, MD, Mary Pat Fitzgerald, MD, William Whithead, PhD, Paul Fine, MD, Ingrid Nygaard, MD, Victoria L. Handa, MD, Anthony G. Visco, MD, Anne M. Weber, MD, MD, and Morton B. Brown, PhD, for the Pelvic Floor Disorders Network**

Table 2. Prevalence of Fecal and Flatal Incontinence at Six Weeks Postpartum

	Sphincter Tear (n=365)	Vaginal Control (n=356)	Cesarean Control (n=116)	P and AOR (Sphincter Tear Versus Vaginal Control)*	P and AOR (Vaginal Control Versus Cesarean Control)*
Fecal incontinence (%)†	26.6	11.2	10.3	<.001	.82
(95% CI)	(22.0–31.1)	(8.0–14.5)	(4.8–15.9)	AOR 2.8 (1.8–4.3)	AOR 1.10 (0.49–2.5)
Both solid and liquid	7.1	1.4	0.9		
Liquid only	13.7	6.5	4.3		
Solid only	3.6	2.5	3.5		
Mucus only	2.2	0.8	1.7		
Flatal incontinence only (%)†	24.7	20.2	18.1	.03	.45
(95% CI)	(20.2–29.1)	(16.1–24.4)	(11.1–25.1)	AOR 1.6 (1.1–2.4)	AOR 1.3 (0.67–2.60)
Fecal urgency (%)†	37.5	27.8	34.5	.02	.13
(95% CI)	(32.6–42.5)	(23.2–32.5)	(25.8–43.1)	AOR 1.5 (1.1–2.1)	AOR 0.67 (0.39–1.13)
FISI score (mean±SD)	6.0±8.1	2.8±5.2	2.4±4.3	<.001	.17
(95% CI)	(5.1–6.8)	(2.3–3.4)	(1.6–3.1)		

AOR, adjusted odds ratio; CI, confidence interval; SD, standard deviation; FISI, Fecal Incontinence Severity Index.

* Adjustment variables for comparisons included age, race, and clinical site.

† Fecal incontinence is defined as any frequency of involuntary leakage of mucus, liquid stool, or solid stool on the FISI. Flatal incontinence is defined as any frequency of involuntary leakage of gas on the FISI. Fecal urgency is defined as any response of “sometimes,” “often,” or “always” on the Modified Manchester Health Questionnaire.

Conséquences tardives

Women's health 18 years after rupture of the anal sphincter during childbirth: I. Fecal incontinence

Daniel L. Faltin, MD,^{a,b,*} Maria Otero, MD,^a Patrick Petignat, MD,^a Michel R. Sangalli, MD,^c Lucia A. Floris, Midwife,^a Michel Boulvain, MD, PhD,^a Olivier Irion, MD^a

Table II Fecal incontinence symptoms

Symptom	Sphincter tear				Control				P
	Never	Rarely	Weekly	Daily	Never	Rarely	Weekly	Daily	
Involuntary passage of flatus	142 (54.4)	88 (33.7)	27 (10.3)	4 (1.5)	176 (62.6)	82 (29.2)	20 (7.1)	3 (1.1)	.04
Involuntary passage of liquid stools (diarrhea)	234 (89.3)	26 (9.9)	2 (0.8)	0	269 (95.4)	13 (4.6)	0	0	.007
Involuntary passage of solid stools	256 (97.3)	6 (2.3)	1 (0.4)	0	281 (99.3)	2 (0.7)	0	0	.07
Wear pads for fecal incontinence	239 (91.2)	7 (2.7)	4 (1.5)	12 (4.6)	268 (94.7)	5 (1.8)	2 (0.7)	8 (2.8)	.11
Lifestyle alterations caused by fecal incontinence	227 (86.0)	29 (11.0)	6 (2.3)	2 (0.8)	257 (90.2)	20 (7.0)	6 (2.1)	2 (0.7)	.14

Examen clinique des déchirures obstétricales

Périnée Complet - LOSA



Diagnostic et Bilan lésionnel en Salle de Travail Examen sous analgésie

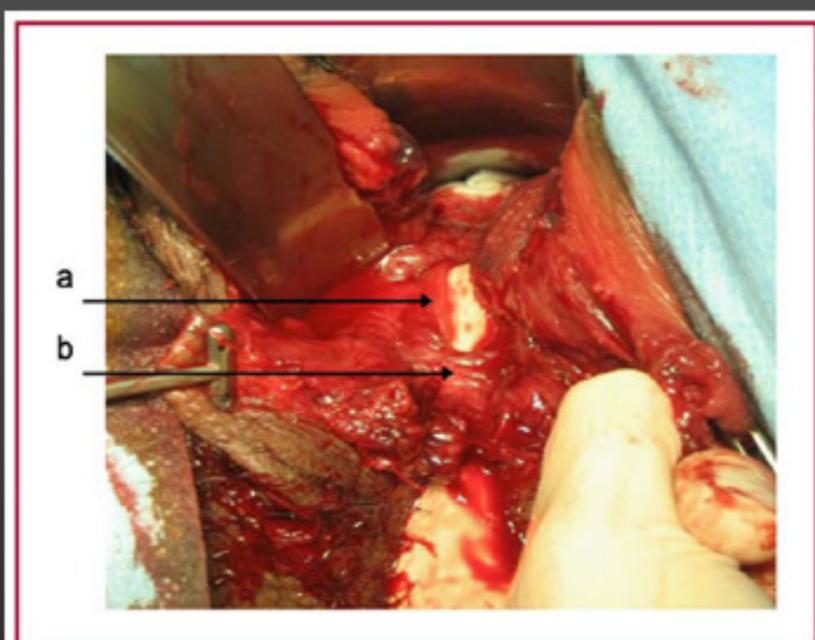


Fig. 2. Périnée complet compliqué avec persistance d'un pont muqueux au niveau de la doison rectovaginale et rupture complète du sphincter externe de l'anus. Le doigt introduit dans le rectum révèle une communication rectovaginale à distance de la marge anale (a), avec conservation d'un pont muqueux (b).

- La formation et la sensibilisation des praticiens de la naissance au diagnostic de LOSA améliorent la détection des LOSA en salle de naissance (NP2)
- L'expérience professionnelle est associée à une meilleure détection des LOSA (NP3)

Diagnostic et Bilan lésionnel en Salle de Travail

Examen clinique des déchirures obstétricales

Juste après l'accouchement, il est recommandé d'examiner le périnée à la recherche d'une LOSA (Grade B). En cas de doute diagnostique, il est recommandé de demander un second avis (Grade C). En cas de LOSA, il est recommandé de décrire de manière détaillée les lésions (avec leur degré) ainsi que leur réparation (Grade C).

La formation continue des professionnels de la naissance au diagnostic et à la réparation des LOSA doit être encouragée (Grade C).

Diagnostic et Bilan lésionnel en Salle de Travail Echographie en salle de travail



Figure 2. Anal endosonogram immediately after delivery. Arrow indicates a tear involving the external and the internal anal sphincters.

- 376 déchirure périnéale simple du 2^{ème} degré
- 21 (5,6 %) rupture échographique du SA
- Confirmé et suturé dans 16 (4,3 %) cas

Diagnosis of Anal Sphincter Tears to Prevent Fecal Incontinence

A Randomized Controlled Trial

Daniel Ladislav Faltin, MD, MSc, Michel Boulvain, MD, PhD, Lucia Angela Floris, RN, and Olivier Irion, MD

Prévention des LOSA

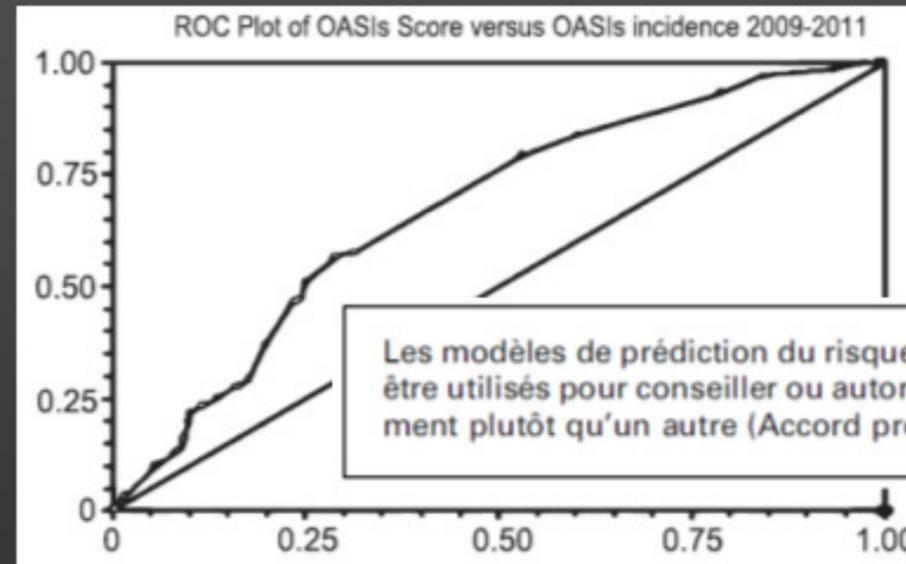
- Prédiction anténatale (modélisation individuelle)
- Épisiotomie
- Contrôle du dégagement
- Accouchement debout
- Poussée retardée
- Massage périnéal
- Compresses chaudes



Modélisation Individuelle du Risque de LOSA

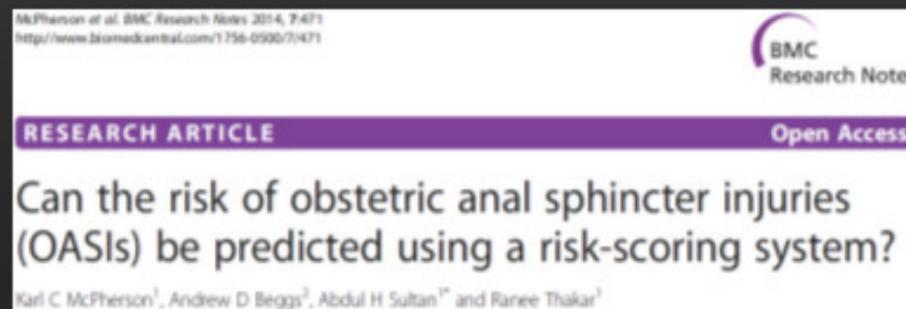
Facteurs

- Age maternel
- Parité
- Origine géographique
- Péridurale
- Instrument utilisé
- Poids de naissance
- accouchement à domicile
- Accouchement dans l'eau



Performances

- sensibilité 52,7 %
- spécificité 71,1 %,
- AUC 0,64 [0.61-0,66]



Episiotomie & Accouchement Le rationnel

"Why not open the gates and close them after the procession has passed?"
[Pourquoi ne pas ouvrir les portes et les refermer une fois que le cortège est passé ?]

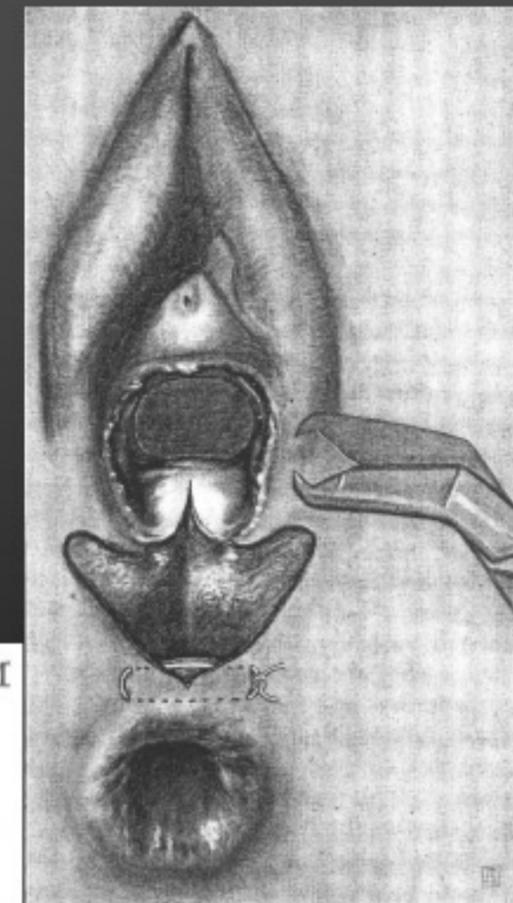
{Pomeroy Am J Obstet Dis Women Child 1918}

SHALL WE CUT AND RECONSTRUCT THE PERINEUM
FOR EVERY PRIMIPARA?*

BY

RALPH H. POMEROY, M. D., F. A. C. S.,

Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, Long Island College Hospital;
Visiting Gynecologist and Obstetrician, Brooklyn Hospital,
Brooklyn, N. Y.



En cas d'accouchement normal Quel bénéfice à l'épisiotomie ?

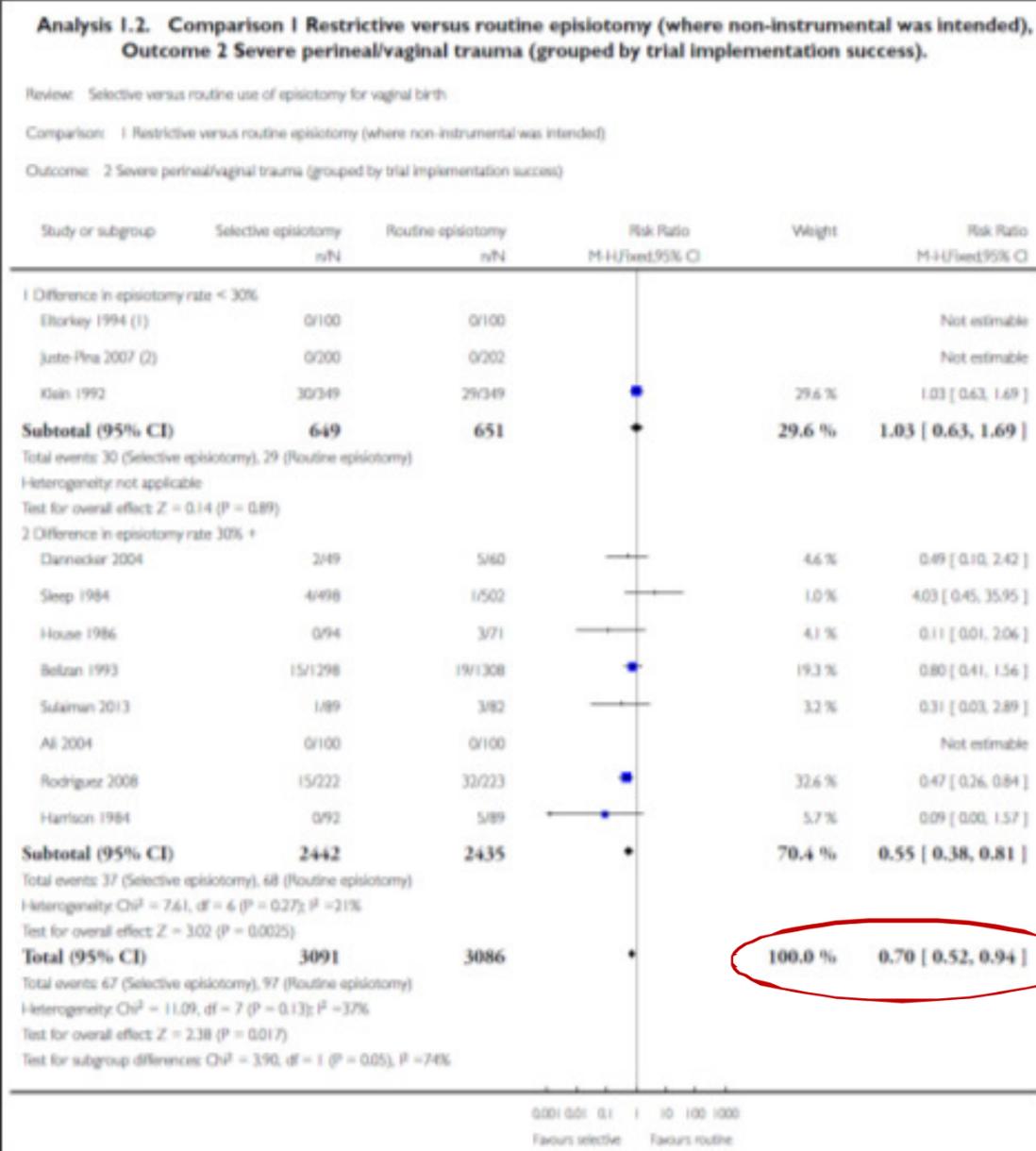
Périnée Complet - LOSA

Plus de déchirures graves dans le groupe épisiotomie de routine !
 {Cochrane 2017}

Cochrane Library
 Cochrane Database of Systematic Reviews

Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review)

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P



Épisiotomie : Résultats à long terme

L'épisiotomie systématique ne diminue pas la prévalence de l'IU, de l'urgenturie, de l'IA, de la douleur périnéale ou de la dyspareunie 4 ans après [NP2] {Fritel BJOG 2008}

Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement : comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique^①

Pelvic floor disorders four years after first delivery: A comparative study of restrictive versus systematic episiotomy

X. Fritel^{a,b}, J.-P. Schaal^b, A. Fauconnier^a, V. Bertrand^b, C. Levet^a, A. Pigné^a

^aService de gynécologie-obstétrique, Hôpital Robert-Debré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), université Pierre-et-Marie-Curie, 13, boulevard de Péguy, 75012 Paris, France

^bService de gynécologie-obstétrique, Hôpital Saint-Jacques, université de Franche-Comté, 30, rue de Dr-Holdenrich, 25000 Besançon, France

Reçu le 27 juin 2008 ; accepté le 1 juillet 2008

Disponible sur Internet le 17 septembre 2008

Troubles périnéaux chez 627 primipares quatre ans après l'accouchement en fonction de la politique d'épisiotomie (analyse univariée, test du χ^2)

Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement N = 627	Ensemble n (%)	Maternité A épisiotomie restrictive n (%)	Maternité B épisiotomie systématique n (%)	P
Incontinence urinaire (IU)				
Non	438 (71)	231 (74)	207 (68)	0,09
Oui	181 (29)	82 (26)	99 (32)	
Type d'incontinence urinaire (% chez les femmes avec IU)				
A l'effort	55 (30)	24 (29)	31 (31)	0,67
Par impériosité	12 (7)	6 (7)	6 (6)	
Mixte	109 (60)	51 (62)	58 (59)	
Sévérité de l'IU (score de Sandvik)				
Absente	438 (71)	231 (74)	207 (68)	0,45
Légère	110 (18)	48 (15)	62 (20)	
Moderée	42 (7)	21 (7)	21 (7)	
Sévère	16 (3)	8 (3)	8 (3)	
Gêne provoquée par l'IU (% chez les femmes avec IU)				
<i>Pas du tout</i>	24 (13)	7 (9)	17 (18)	0,33
<i>Un peu</i>	107 (59)	53 (67)	54 (56)	
<i>Moyennement</i>	27 (15)	12 (15)	15 (16)	
<i>Beaucoup</i>	17 (9)	7 (9)	10 (10)	
Impériosités				
<i>Jamais</i>	247 (39)	133 (43)	114 (38)	0,22
<i>Rarement</i>	218 (35)	102 (33)	116 (39)	
<i>Quelquefois</i>	111 (18)	54 (17)	57 (19)	
<i>Souvent ou tout le temps</i>	37 (6)	23 (7)	14 (5)	
Dysurie				
<i>Jamais</i>	441 (70)	224 (71)	217 (72)	0,32
<i>Rarement</i>	96 (15)	44 (14)	52 (17)	
<i>Quelquefois</i>	61 (10)	37 (12)	24 (8)	
<i>Souvent ou tout le temps</i>	16 (3)	9 (3)	7 (2)	
Douleur périnéale chronique				
Non	563 (90)	291 (94)	272 (92)	0,26
Oui	40 (6)	17 (6)	23 (8)	
Dyspareunie				
<i>Pas de rapports</i>	16 (3)	7 (2)	9 (3)	0,45
Non	472 (75)	247 (80)	225 (76)	
Oui	116 (19)	54 (18)	62 (21)	
Incontinence anale (IA)				
Non	525 (84)	276 (89)	249 (84)	0,04
Oui	82 (13)	33 (11)	49 (16)	
Gêne provoquée l'IA (% chez les femmes avec IA)				
<i>Pas du tout</i>	1 (1)	0 (0)	1 (2)	0,65
<i>Un peu</i>	36 (44)	14 (42)	22 (45)	
<i>Moyennement</i>	13 (16)	7 (21)	6 (12)	
<i>Beaucoup</i>	30 (37)	12 (36)	18 (37)	
Type d'incontinence anale				
Au gaz seulement	64 (10)	24 (8)	40 (13)	0,02
Aux selles	18 (3)	9 (3)	9 (3)	0,94

Les italiques signalent que les occurrences correspondent exactement au texte du questionnaire.

Episiotomie

Situation à risque : Extraction instrumentale

Table 2. Risk factors for anal sphincter injury during vacuum extraction

Risk factor	Present	%	Relative risk	Logistic regression Adjusted OR (95% CI)
Fetal birthweight per 500 g increase				1.47 (1.35–1.59)
Duration of second stage per 15 minutes increase				1.05 (1.02–1.09)
Parity				
Multiparity	128/3991	3.21	1	
Primiparity	518/17 263	3.00	0.94	1.94 (1.56–2.41)
Fetal position				
Occipitoanterior	543/18 852	2.88	1	
Occipitoposterior	69/1612	4.28	1.49	2.01 (1.54–2.62)
Other position	34/790	4.33	1.50	1.85 (1.28–2.67)
Induction of labour				
No induction	515/16 765	3.25	1	
Induced labour	131/4489	2.91	0.90	NS
Episiotomy				
No episiotomy	408/4340	9.40	1	
Mediolateral	228/16 780	1.36	0.11	0.11 (0.09–0.13)
Midline	10/134	7.46	0.75	NS

NS, not significant.

Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery

JW de Leeuw,^a C de Wit,^a JPJA Kuijken,^a HW Bruinse,^b

Episiotomie

Situation à risque : Extraction instrumentale

Table 3. Maternal and neonatal outcomes in relation to routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery

	Routine (n = 99)	Restrictive (n = 101)	OR (95% CI)
Third-/fourth-degree tear, n (%)	8 (8.1)	11 (10.9)	0.72 (0.28-1.87)
Shoulder dystocia, n (%)	8 (8.1)	9 (8.9)	0.90 (0.33-2.43)
Primary PPH >500 ml, n (%)	36 (36.4)	27 (26.7)	1.57 (0.86-2.86)
Urinary catheter >24 hours, n (%)	10 (10.1)	11 (10.9)	0.92 (0.37-2.27)
Urinary retention, n (%)	1 (1.0)	1 (1.0)	1.02 (0.06-16.54)
Urinary incontinence, n (%)	2 (2.0)	4 (4.0)	0.50 (0.09-2.79)
Faecal incontinence, n (%)	2 (2.0)	2 (2.0)	1.02 (0.14-7.39)
Inpatient moderate/strong analgesia use, n (%)	91 (91.9)	90 (90.0)	1.26 (0.48-3.35)
Postnatal admission >3 days, n (%)	22 (22.2)	20 (19.8)	1.16 (0.59-2.29)
Outpatient moderate/strong analgesia use, n (%)*	57 (57.6)	63 (63.6)	0.78 (0.44-1.37)
Perineal infection, n (%)*	2 (2.0)	1 (1.0)	2.06 (0.18-23.11)
Any antibiotic use, n (%)*	21 (21.2)	28 (27.7)	0.70 (0.37-1.34)
Neonatal resuscitation, n (%)**	13 (13.3)	14 (13.9)	0.95 (0.42-2.14)
Apgar score at 1 minute ≤3, n (%)	4 (4.0)	2 (2.0)	2.08 (0.37-11.65)
Apgar score at 5 minutes <7, n (%)	2 (2.0)	2 (2.0)	1.02 (0.14-7.39)
pH umbilical artery <7.10, n (%)	4 (4.9)	3 (4.3)	1.15 (0.25-5.30)
Base excess artery <-12.0, n (%)	2 (2.6)	2 (2.9)	0.87 (0.12-6.34)
Neonatal trauma, n (%)***	45 (45.5)	44 (43.6)	1.08 (0.62-1.89)
Severe trauma, n (%)****	9 (9.1)	3 (3.0)	3.27 (0.86-12.45)
Admission to NICU, n (%)	6 (6.1)	10 (9.9)	0.59 (0.21-1.68)

NICU, neonatal intensive care unit.

*Up to the 10th postnatal day.

**Excludes oropharyngeal suction and facial oxygen.

***Includes bruising, skin abrasions, facial nerve palsy, Erb's palsy.

****Neonatal trauma excluding bruising and skin abrasions.

A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study

DJ Murphy,^a M Macleod,^b R Bahl,^c K Goyder,^c L Howarth,^c B Strachan^c

Effet délétère de l'épisiotomie médiolatérale ?

- Une épisiotomie trop médiane (<45° après suture) expose le sphincter anal :
 - 10 % LOSA si <25°
 - 0,5 % LOSA si >45°
{Eogan BJOG 2006}
- Idem si trop courte (b) et peu profonde (e)
{Stedenfeldt BJOG 2012}

Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury?*

M Eogan,^a L Daly,^b PR O'Connell,^c C O'Herlihy^a

Table 2. Angle of episiotomy and risk of third-degree tear adjusted to an overall risk of this complication of 2% in all women in cases (n = 54) and in controls (n = 46) following mediolateral episiotomy at primiparous vaginal delivery

Angle of episiotomy (measured from perineal midline)	Cases (third-degree tear, n = 54)	Controls (no third-degree tear, n = 46)	Risk of third-degree tear in those with an episiotomy cut at this angle (%)
15-24°	19	3	9.7
25-34°	19	13	2.4
35-44°	13	20	1.1
45°+	3	10	0.5

Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study

M Stedenfeldt,^{a,b} J Pirhonen,^a E Blix,^{c,d} T Wilsgaard,^e B Vonen^{b,f}, P Oian^{b,g}



Angle de l'épisiotomie & ampliatioin périnéale

Périnée Complet - LOSA

Int Urogynecol J (2017) 28:1795–1799
DOI 10.1007/s00192-017-3349-9

CrossMark

ORIGINAL ARTICLE

The optimal angle of the mediolateral episiotomy at crowning of the head during labor

Shimon Ginath^{1,2} • Osnat Elyashiv¹ • Eran Weiner¹ • Ron Sagiv¹ • Jacob Bar¹ • Joseph Menczer¹ • Michal Kovo¹ • Alexander Condrea¹

The figure consists of several parts: a clinical photograph (A) on the left showing a mediolateral episiotomy with purple sutures and three angles (60°, 45°, 30°) marked; a clinical photograph (B) on the right showing a perineal tear with a white circle around the episiotomy site; and two schematic diagrams (A and B) at the bottom. Diagram A shows angles of 60°, 45°, and 30°. Diagram B shows angles of 94.7°, 78.5°, and 62.4°.

Épisiotomie RPC CNGOF 2018

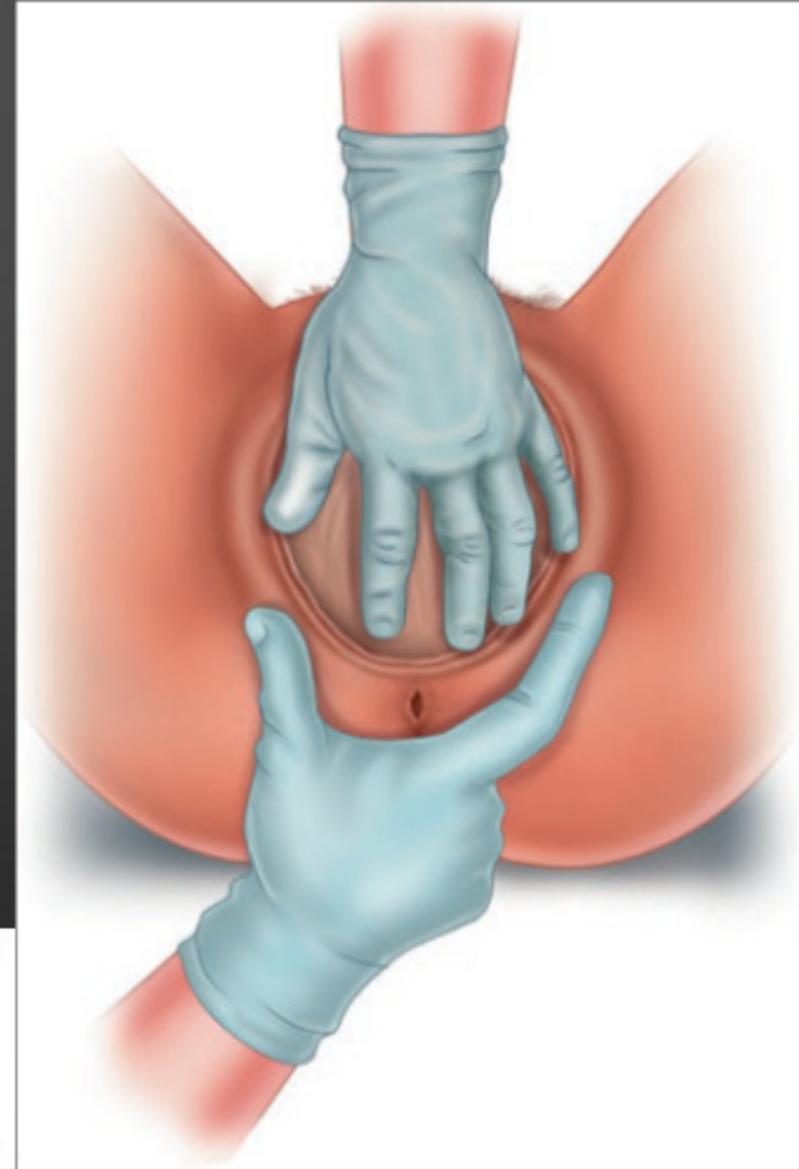
L'indication de l'épisiotomie au cours d'un accouchement est fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (Accord professionnel). Il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie. Au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (Grade A). La pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA (Grade C).

En cas d'accouchement instrumental, une épisiotomie peut être indiquée pour éviter une LOSA (Grade C). En cas d'accouchement instrumental et si plusieurs instruments peuvent être utilisés, il est recommandé d'utiliser de préférence une ventouse pour diminuer le risque de LOSA (Grade C). En cas d'utilisation d'un forceps ou de spatules, il est préférable que ces instruments soient retirés juste avant la déflexion céphalique et de ne pas faire naître le fœtus « coiffé » de ces instruments (Accord professionnel).

Contrôle du dégagement

- Guider et ralentir la tête fœtale à partie basse {Laine OG 2008}

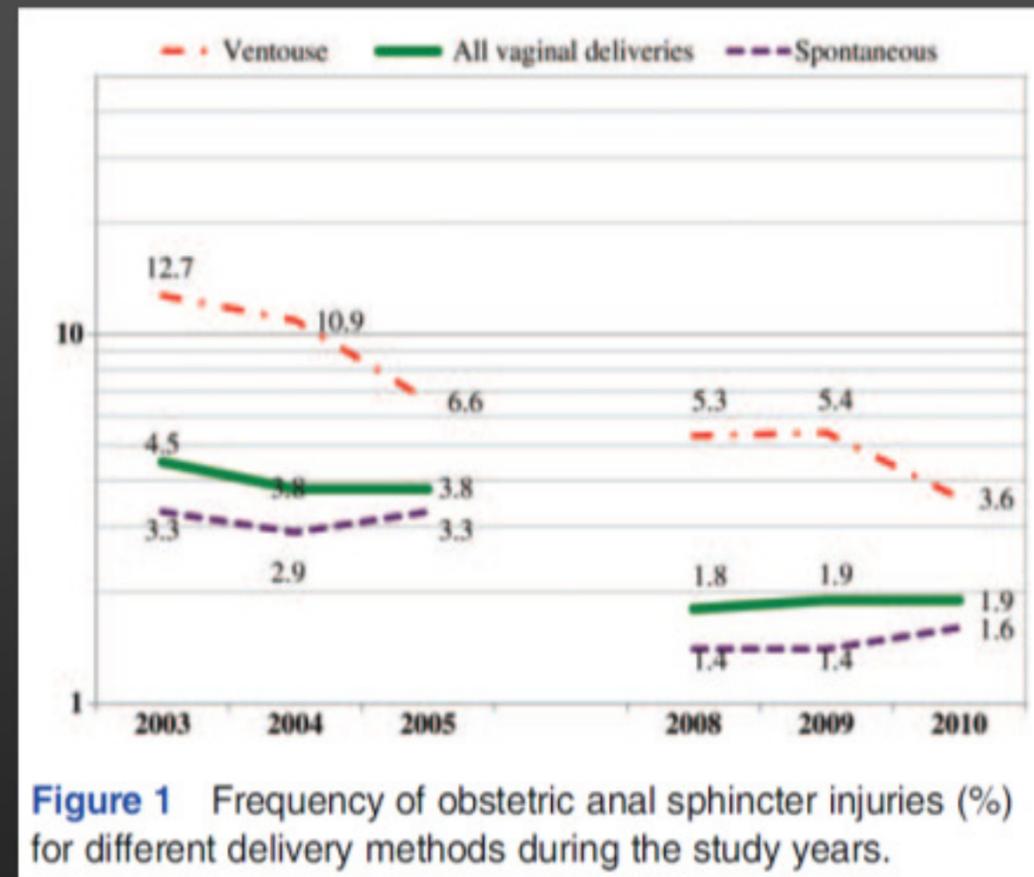
Il est recommandé de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur afin de diminuer le risque de LOSA (Grade C).



Manoeuvre finlandaise

- Un programme d'apprentissage montre une réduction par 2 du risque de périnée complet (NP2)

BMJ open
 Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study
 Katarina Laine,^{1,2} Finn Egil Skjeldestad,³ Leiv Sandvik,⁴ Anne Cathrine Staff



Posture Maternelle

7.2.1. Posture maternelle pour le deuxième stade du travail

Il n'existe pas de posture particulière lors du deuxième stade du travail, ayant fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres pour la prévention des lésions périnéales obstétricales dont les LOSA ou l'incontinence (urinaire ou fécale) postnatale (NP2) [5].

Il n'y a pas lieu de recommander une posture plutôt qu'une autre lors du deuxième stade du travail pour diminuer le risque de LOSA (grade B) ou d'incontinence urinaire ou fécale à 1 an du post-partum (Grade B). Il est recommandé de laisser la femme choisir la position la plus confortable durant le deuxième stade du travail (Accord professionnel).

Poussée

- Pour la deuxième phase du travail, les poussées retardées ne modifient pas le risque de LOSA (NP1)
- La poussée retardée augmente les chances d'accouchement spontané (NP1)

Il est recommandé, quand l'état maternel et fœtal le permettent, de retarder le début des efforts expulsifs (Grade A). Il n'y a pas d'argument pour recommander une technique de poussée plutôt qu'une autre afin de diminuer le risque de LOSA (grade B). Il est recommandé d'encourager la femme à pousser de la manière la plus efficace (Accord professionnel).

Massage périnéal & Compressees chaudes

- Réduisent le risque de LOSA

Le massage périnéal durant le 2^e stade du travail semble diminuer le risque de LOSA (NP2). Nous n'avons pas statué sur leur utilisation en pratique clinique.

L'application de compressees chaudes durant le 2^e stade du travail semble diminuer le risque de LOSA (NP2). Nous n'avons pas statué sur leur utilisation en pratique clinique.

Diagnostic à distance

- Distance ano-vulvaire courte
- Disparition des plis radiés en antérieur
- Tonus anal faible ou inexistant
- Echographie +++

Conclusions



Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Prévention et protection périnéale en obstétrique :

Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court)

*Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF Clinical Practice Guidelines
(short version)*

G. Ducarme^{a,*}, A.C. Pizzoferrato^b, R. de Tayrac^c, C. Schantz^d, T. Thubert^{e,f}, C. Le Ray^{g,h},
D. Riethmullerⁱ, E. Verspyck^j, B. Gachon^k, F. Pierre^k, F. Artzner^l, B. Jacquetin^m, X. Fritel^k