



Prise en charge initiale et secondaire des lésions périnéales graves

Dr Bertrand GACHON^{1,2,3}

1 – Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction du CHU de Poitiers, Université de Poitiers, France

2 – Centre d'Investigation Clinique du CHU de Poitiers, INSERM 1402, Université de Poitiers, France

3 – Laboratoire Mouvement Interaction Performance, EA 4334, UFR STAPS, Université de Nantes, France



Réparation immédiate des Lésions Obstétricales du Sphincter Anal

Principes généraux de la réparation des lésions

- Réparation dans des conditions optimales: éclairage, matériel, asepsie
- Transfert au bloc opératoire si nécessaire pour la réparation
- Patiente informée du diagnostic et de la procédure
- Analgésie efficace: ALR voir AG
- Position gynécologique
- Exploration et réparation par le praticien expérimenté le plus rapidement disponible
- On commence par la muqueuse ano-rectale puis le sphincter interne, le sphincter externe, les muscles périnéaux et le vagin
- Toucher rectal en fin d'intervention pour s'assurer de l'absence de points transfixiants

Recommandations pour la pratique clinique

Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie :
aspects techniques. RPC prévention et protection
périnéale en obstétrique CNGOF

*Perineal tears and episiotomy: Surgical procedure – CNGOF perineal prevention and
protection in obstetrics guidelines*

N. Marty, E. Verspyck*



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

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^{1,2}, A.C. Pizzotteraro³, R. de Tayrac⁴, C. Schantz⁵, T. Thubert^{6,7}, C. Le Ray^{8,9},
D. Riethmüller¹⁰, E. Verspyck¹¹, B. Gachon¹², F. Pierre¹³, F. Artzner¹⁴, B. Jacquelin¹⁵, X. Fritel¹⁶



Pour la réparation des LOSA, il est recommandé de se mettre dans les meilleures conditions chirurgicales possibles (Accord professionnel)

Un compte rendu détaillé de l'étendue des lésions, de la méthode de réparation et du matériel utilisé est recommandé (Grade C)

Une réparation différée des LOSA de quelques heures n'aggrave pas le pronostic ultérieur de la continence anale. En cas de difficultés, la réparation peut donc être différée de quelques heures pour être réalisée dans de meilleures conditions (Grade C)

Réparation de la muqueuse ano-rectale et du sphincter interne

- Pour la réparation de la muqueuse ano-rectale il n'existe pas d'études pour recommander un fil plutôt qu'un autre ni une décimale plutôt qu'une autre. Expérience personnelle: Vicryl 3/0
- Une lésion du sphincter interne est susceptible d'aggraver le pronostic de la continence anale. Sa réparation dissociée du sphincter externe serait susceptible d'améliorer le pronostic.
- Il n'existe pas d'études comparant différents types de suture ou différents types de fils pour la réparation du sphincter interne
- La réparation du sphincter interne peut être réalisée à l'aide d'un surjet ou de points séparés de fils résorbables (polydoxanone 3/0 ou polyglactine standard 2/0) et selon la technique du bout à bout

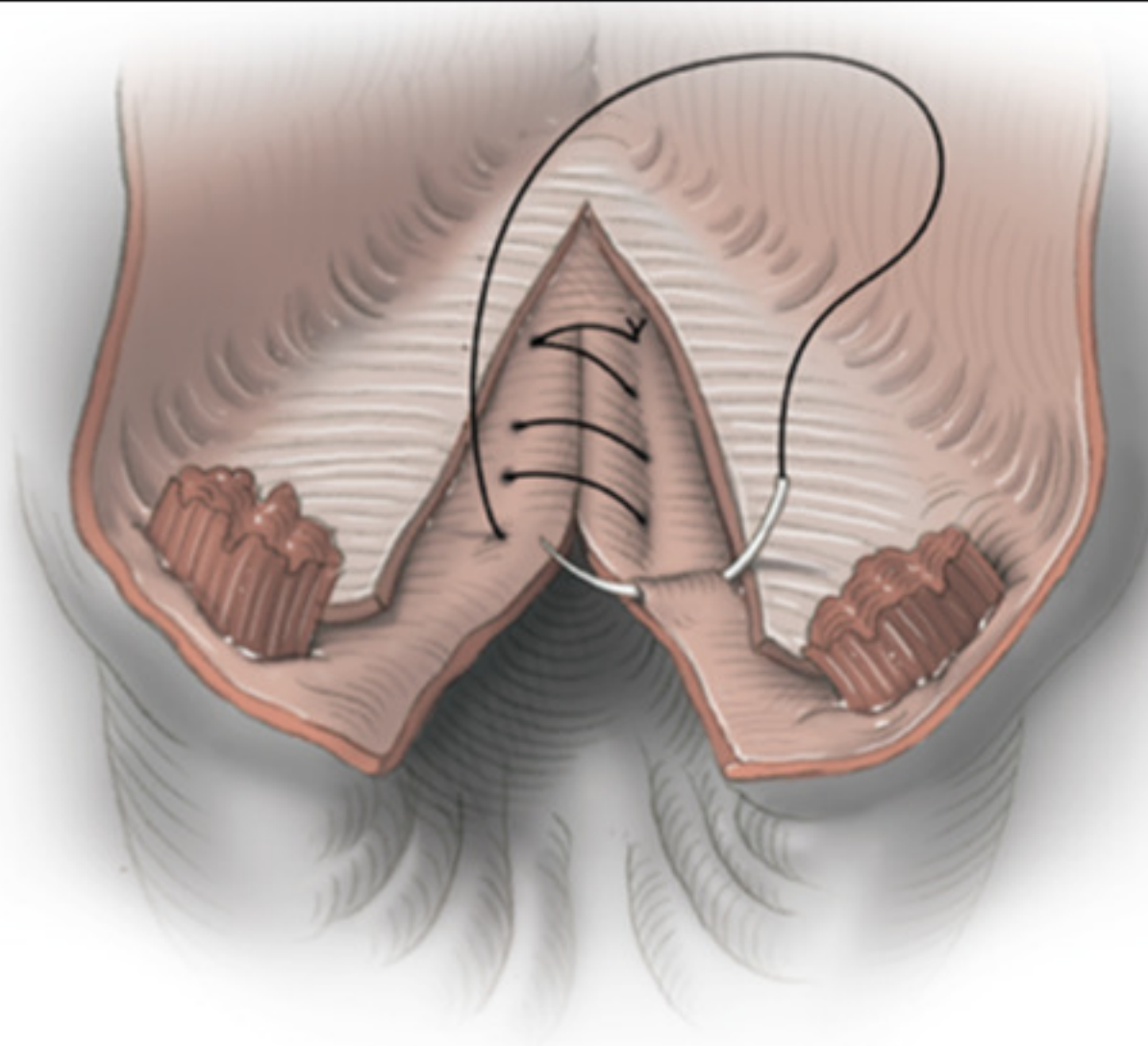
Recommandations pour la pratique clinique

Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie :
aspects techniques. RPC prévention et protection
périnéale en obstétrique CNGOF

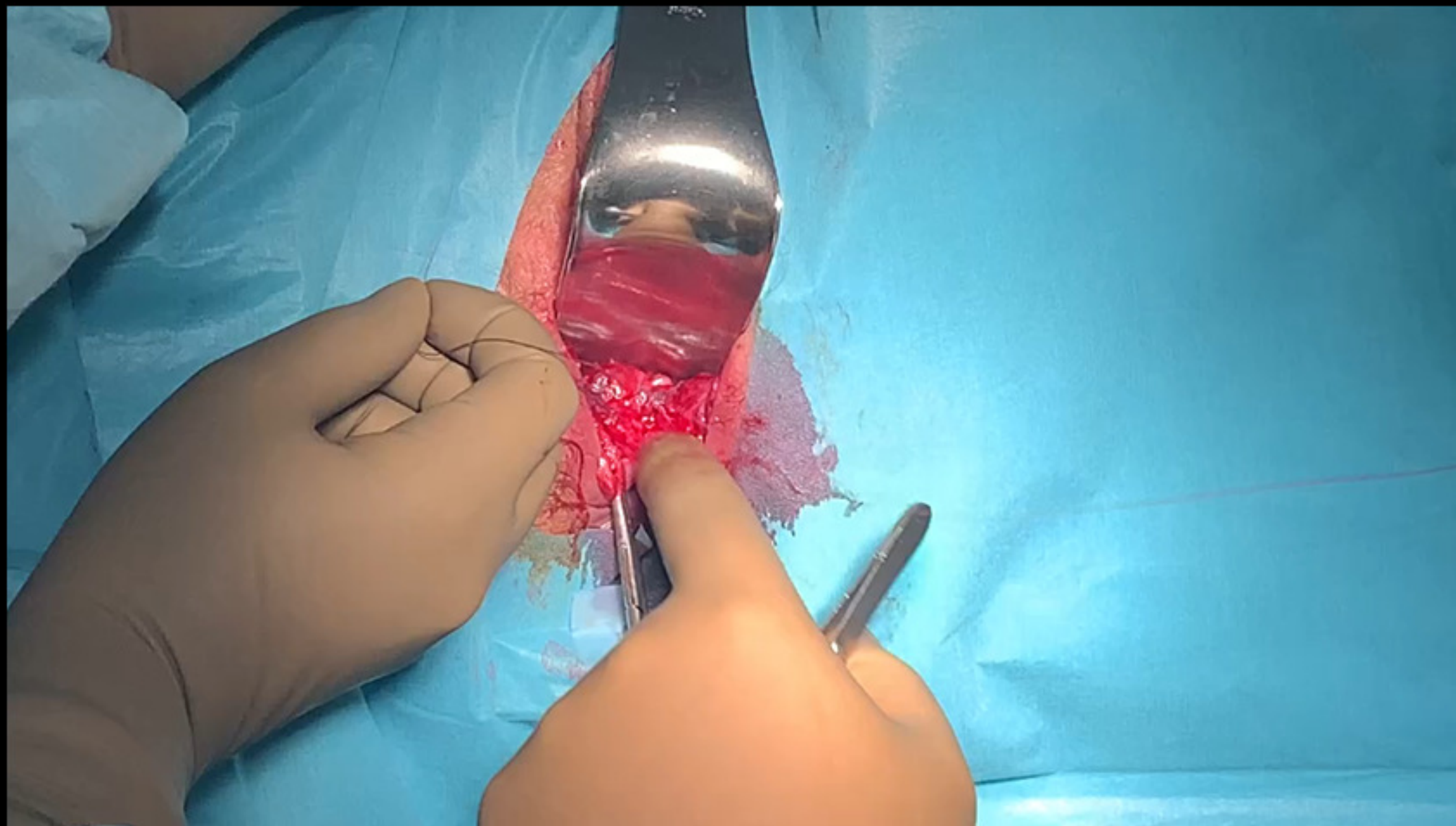
*Perineal tears and episiotomy: Surgical procedure – CNGOF perineal prevention and
protection in obstetrics guidelines*

N. Marty, E. Verspyck*

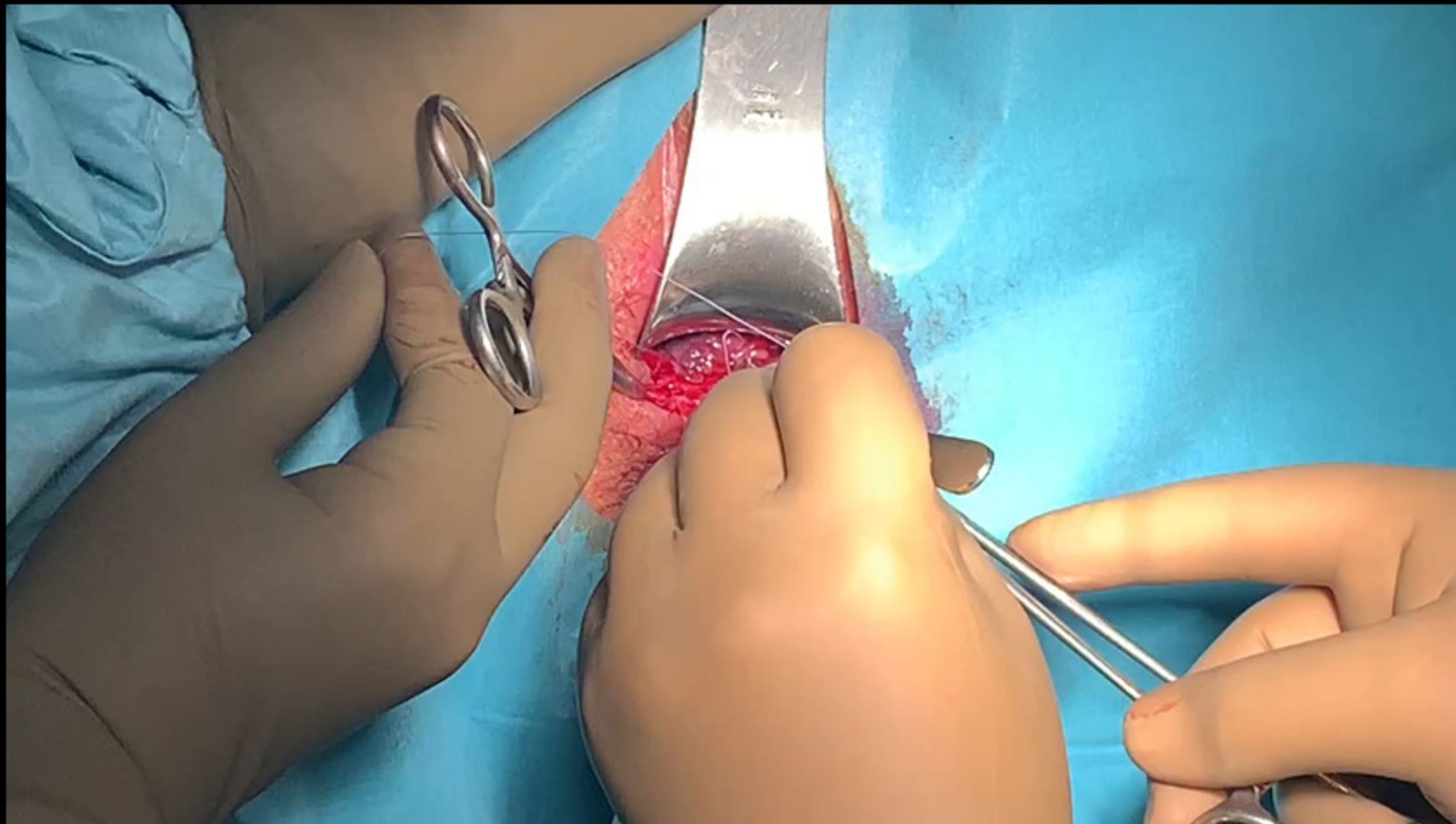




Source: E.R. Yeomans, B.L. Hoffman, L.C. Gilstrap III,
F.G. Cunningham: Cunningham and Gilstrap's Operative
Obstetrics, Third Edition: www.obgyn.mhmedical.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.



LOSA degré 4 : Réparation de la muqueuse anorectale



LOSA degré 4: Réparation du Sphincter anal interne

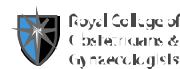
Réparation du sphincter externe



Cochrane Database of Systematic Reviews

Methods of repair for obstetric anal sphincter injury (Review)

Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R



The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears

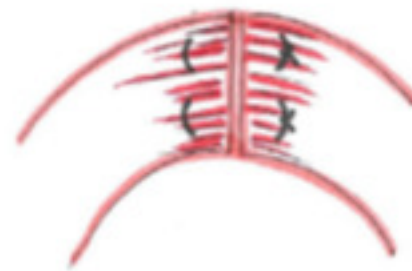
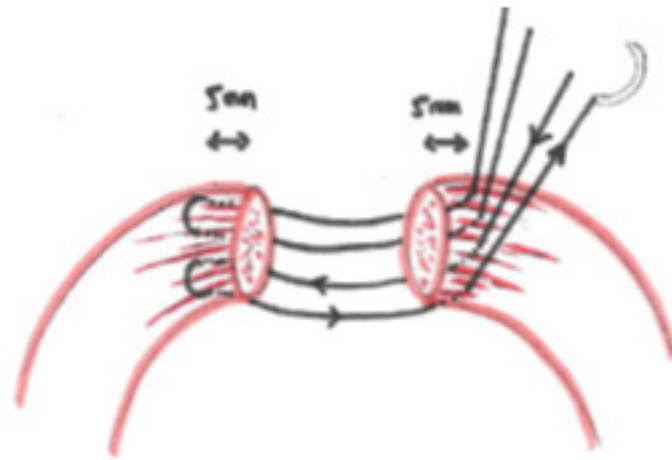
Green-top Guideline No. 29
June 2015



- Pour réparer le sphincter externe la suture en paletot et la suture bout-à-bout donnent des résultats similaires sur la continence anale.
- Les deux techniques peuvent donc être utilisées (Grade B)
- La suture en paletot nécessite une rupture complète du sphincter
- Utilisation possible de polydoxanone 3/0 ou polyglactine standard 2/0

Réparation du sphincter externe

Technique bout à bout



a) Technique de suture bout à bout

Bien aller chercher le sphincter dans sa gaine
1 ou plusieurs points en U
Pratique locale: monobrin 2/0
En première intention si rupture sphinctérienne
incomplète



Recommandations pour la pratique clinique

Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie :
aspects techniques. RPC prévention et protection
périnéale en obstétrique CNGOF

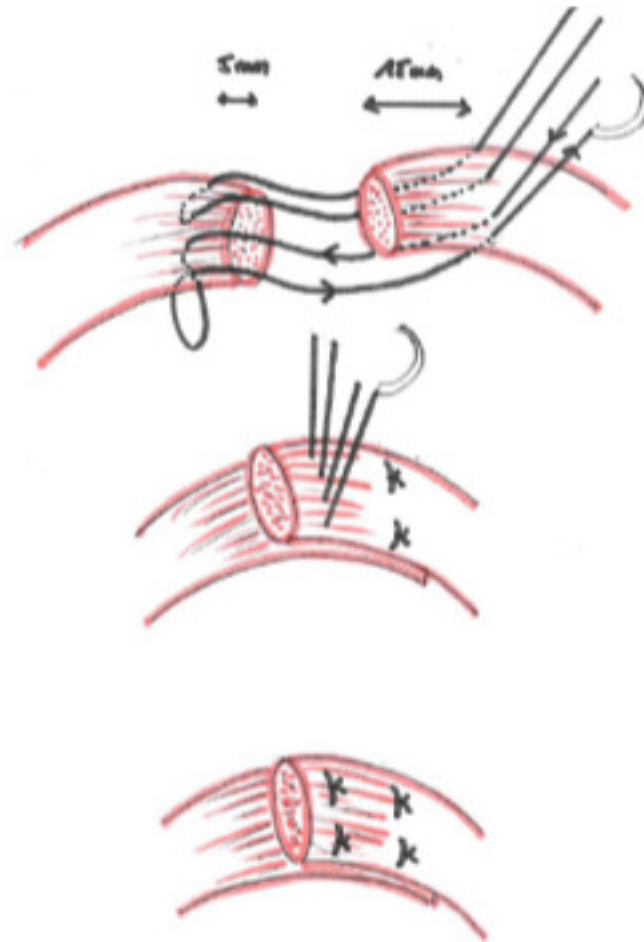
*Perineal tears and episiotomy: Surgical procedure – CNGOF perineal prevention and
protection in obstetrics guidelines*

N. Marty, E. Verspyck *

Réparation LOSA 3A
Point en U



Réparation du sphincter externe Technique en paletot



b) Technique de suture en paletot

Nécessite une rupture complète
Points transfixiants

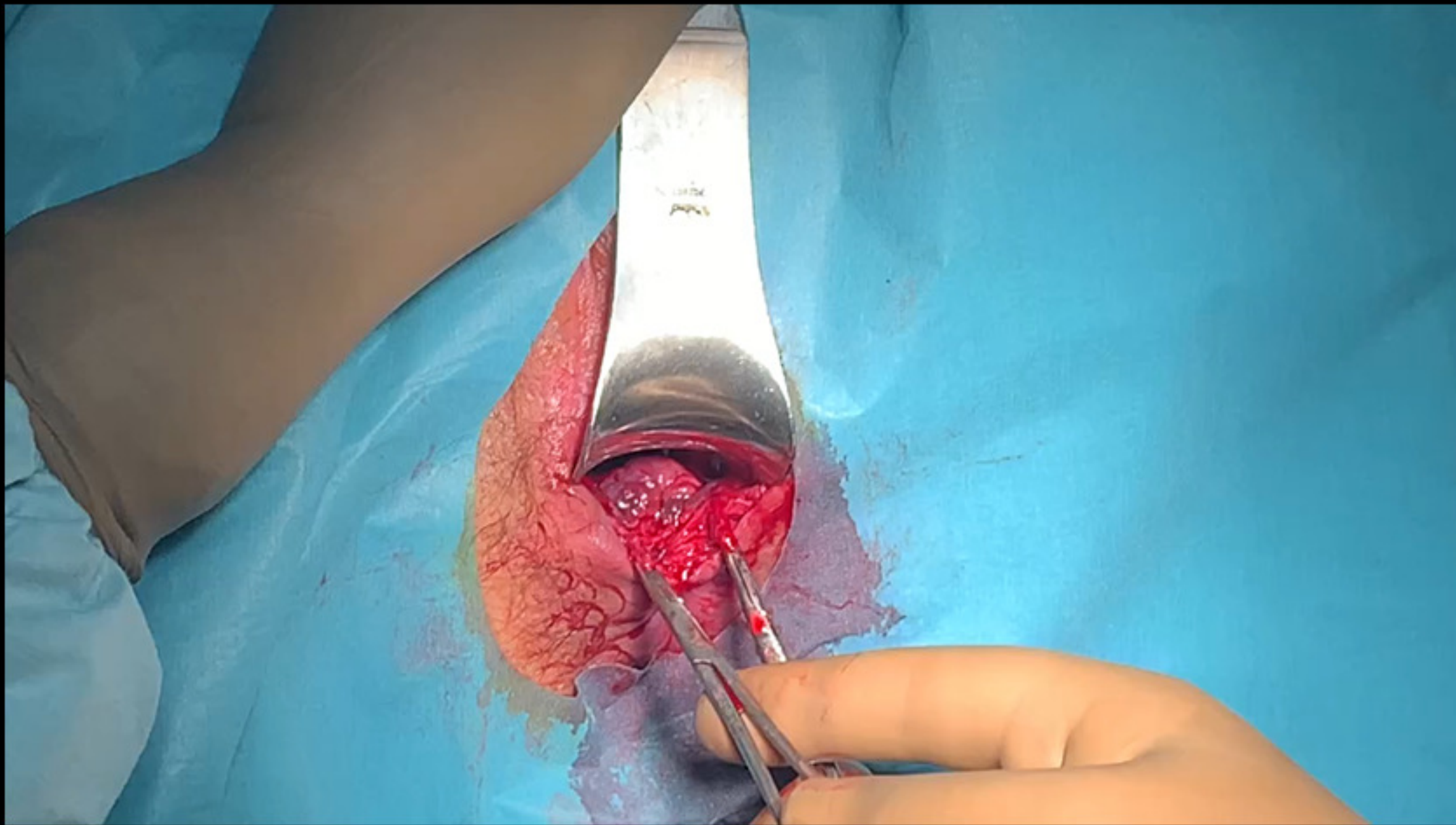


Recommandations pour la pratique clinique

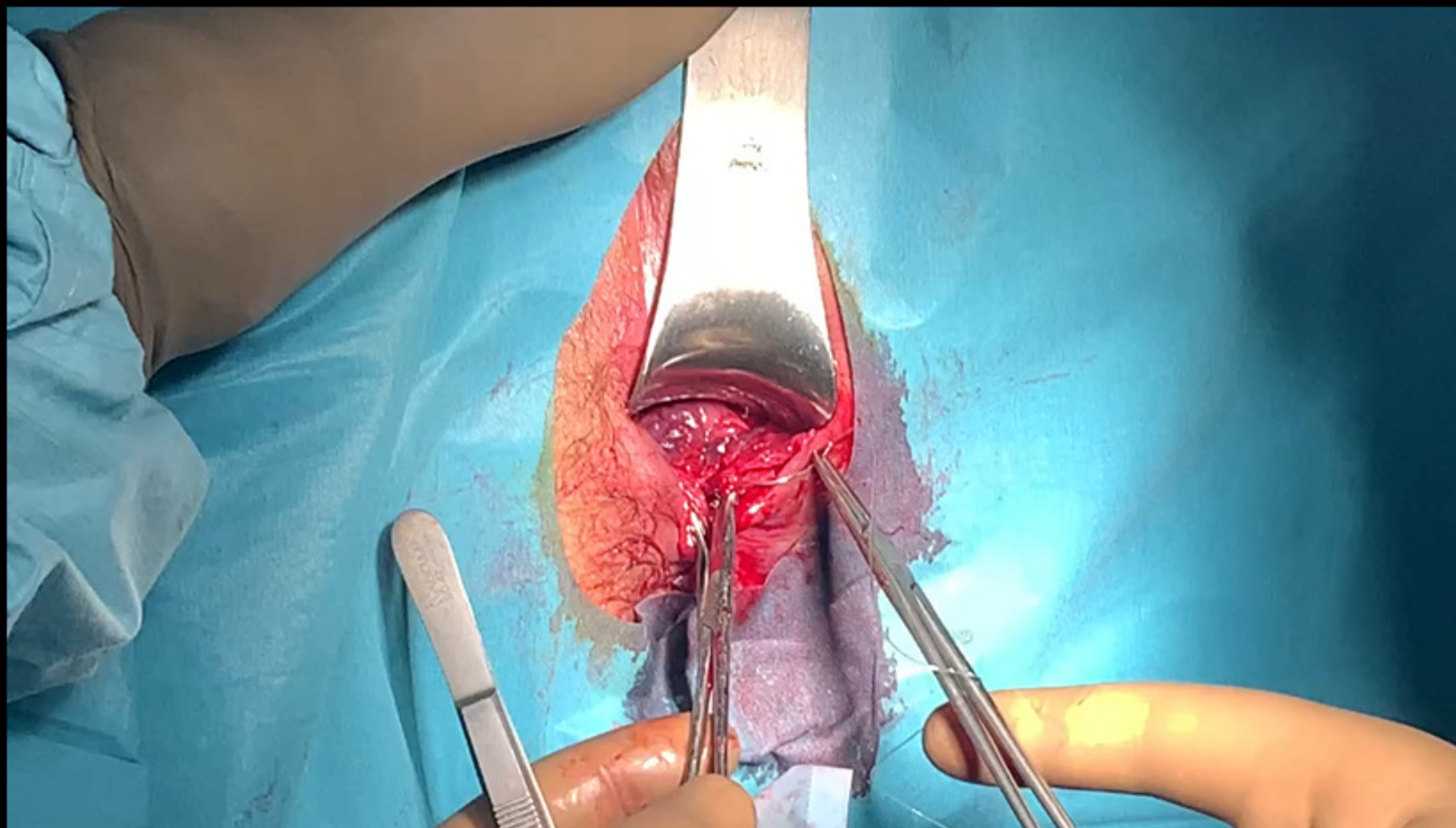
Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie :
aspects techniques. RPC prévention et protection
périnéale en obstétrique CNGOF

*Perineal tears and episiotomy: Surgical procedure – CNGOF perineal prevention and
protection in obstetrics guidelines*

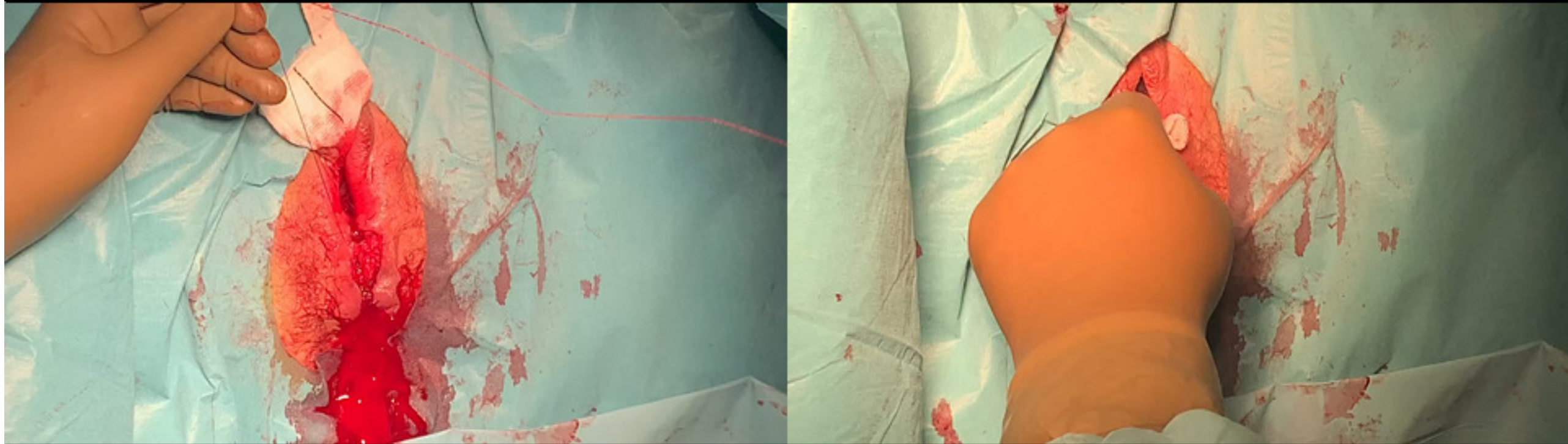
N. Marty, E. Verspyck *



LOSA de degré 4: Préparation du pailette



LOSA degré 4: Réalisation suture en paletot



LOSA de degré 4: Fin de réparation périnéale et bilan final

Mesures associées à la réparation des losa



The Management of Third- and
Fourth-Degree Perineal Tears

Green-top Guideline No. 29
June 2015

- Antibioprophylaxie (Amoxicilline 500mg + Métronidazole 500mg)
- Laxatifs pour faciliter le transit et limiter le risque de déhiscence de la cicatrice
- Objectif = transit régulier et facile (pas de diarrhées)
- Pas de régime spécifique
- Antalgiques: palier 1 ou 2 si nécessaire, ok AINS, voie per os.
- Examen périnéal quotidien
- Information détaillée de la patiente sur la déchirure
- Réévaluation en consultation par un praticien spécialisé

Suivi des Lésions Obstétricales du Sphincter Anal

Consultation précoce

- 4-5 semaines après l'accouchement
- Pas utile plus tôt sauf contexte particulier
 - Réparation particulièrement difficile
 - Délabrement périnéal majeur (ex: drainage de thrombus associé)
- **Idéalement : consultation spécialisée de pathologie périnéale obstétricale**
- Intérêt:
 - Reprise des évènements, expliquer ce qu'est une lésion sphinctérienne
 - Evaluer la cicatrisation
 - Recherche de complications
 - Détection précoce des échecs de réparation

Consultation précoce Entretien

- **Reprise du déroulé de l'accouchement**

- Explications sur le mode d'accouchement (spontané/instrumental , indications, facteurs associés)
- Encourager à poser des questions → Est-ce que cela aurait pu être évité ? Episiotomie ?
- Preuve de l'absence d'effet protecteur de l'épisiotomie dans l'accouchement normal
- Données discutées pour l'accouchement instrumental

Carroli 2009

RPC CNGOF 2018

- **Explications sur ce qu'est une lésion obstétricale du sphincter anal**

- Schéma
- Environ 5% des accouchements pour la nullipare → pas un cas isolé
- Élément majeur → identification de la lésion et réparation précoce
- Plusieurs types de LOSA, existence de grade a faible risque d'incontinence
 - Objectif vérifier absence de symptômes

Consultation précoce

Evaluation symptomatique

- Encourager la patiente a **exprimer spontanément** ses symptômes
- Reprise de l'activité sexuelle?
- Expliquer qu'il s'agit d'une évaluation précoce et que les symptômes présent actuellement ne sont pas le reflet de la continence définitive
 - Absence totale de symptômes → rassurant ++ mais finalement assez rare
 - Symptômes même invalidants → peuvent être associées à d'autres facteurs que la lésion sphinctérienne
- **Les troubles de la continence s'interprètent en fonction du transit** (diarrhées, constipation etc..)
- **Utilisation de scores**
 - Evaluation objective des symptômes, évaluation des autres compartiments du plancher pelvien
 - Evaluation du retentissement sur la qualité de vie
 - Reproductible → évaluation de l'amélioration des symptômes
 - Communication entre les équipes
- **Dépistage de la dépression postnatale**
 - Sous évaluée et sous déclarée
 - Situation où tout est censé aller bien

SCORE D'INCONTINENCE ANALE (SCORE DE JORGE ET WEXNER)

1. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de gaz ?

Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins d'une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine	Une fois par jour ou plus	
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>

2. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?

Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins d'une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine	Une fois par jour ou plus	
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>

3. Vous arrive t'il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?

Jamais	Moins d'une fois par mois	Moins d'une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine	Une fois par jour ou plus	
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>

4. À cause des fuites anales, devez vous porter des garnitures?

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>

5. Les fuites anales ont elles un retentissement sur la qualité de votre vie ?

Non	Légèrement	Un peu	Beaucoup	Considérable- ment	
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose appuie dans le bas du ventre ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
2. Avez-vous souvent une sensation de pesanteur ou de lourdeur dans la région génitale ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
3. Avez-vous souvent une (boule) ou quelque chose qui débasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
4. Lievez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
5. Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
6. Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
7. Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
8. Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
9. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
10. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Pelvic Floor Distress Inventory – 20 Questions

PFDI-20

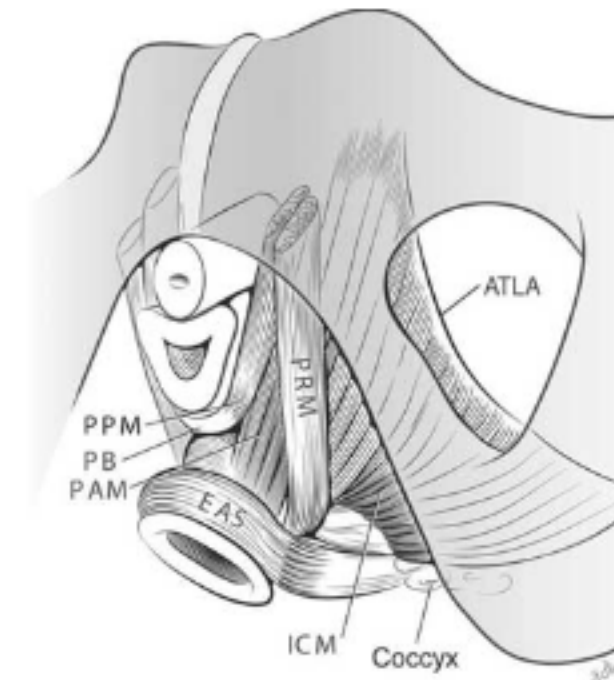
De Tayrac 2007

11. Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
12. Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
13. Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
14. Arrive-t-il d'une partie de votre hémisphère dépasser de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
15. Allez-vous fréquemment uriner ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
16. Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
17. Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
18. Avez-vous souvent de petites luites urinaires (quelques gouttes) ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
20. Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il... 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Consultation précoce

Examen physique

- **Peut être douloureux, contexte d'accouchement récent**
 - Dans ce cas, examen minimal (cicatrisation)
- **Bilan cicatrisation**
 - Absence de désunion / signes d'infection / asymétrie de cicatrisation / Périnée fibreux
- **Aspect de la région péri anale**
Présence des plis radiés Distance ano-vulvaire → *perineal body*
- **Examens des muscles levator ani**
 - Recherche de defect anatomique et force musculaire
- **Toucher rectal**
 - Sphincter perçu ? Tonus ? Epaisseur périnéale



Ashton-Miller 2007

Consultation précoce

Prise en charge

- **Prise en charge de la douleur**
 - Paracétamol
 - Massage cicatrice si fibreuse, tendue
- **Régularisation du transit**
 - Laxatifs / ralentisseurs du transit → objectifs = transit facile, sans forcer
- **Réassurance**
 - Si aucun symptômes → situation optimale
 - Si symptômes → évaluation précoce, pas le reflet de la continence à distance de l'accouchement
- **Trop tôt pour débuter une rééducation périnéale**
- **Cas particuliers : Symptômes très importants et defect clinique franc**
 - Pas de sphincter perçu, pas d'épaisseur périnéale, symptômes ++
 - Probable échec de réparation
 - Orientation rapide en gastro entérologie pour bilan sphinctérien et manométrie ano rectale

Consultation post natale

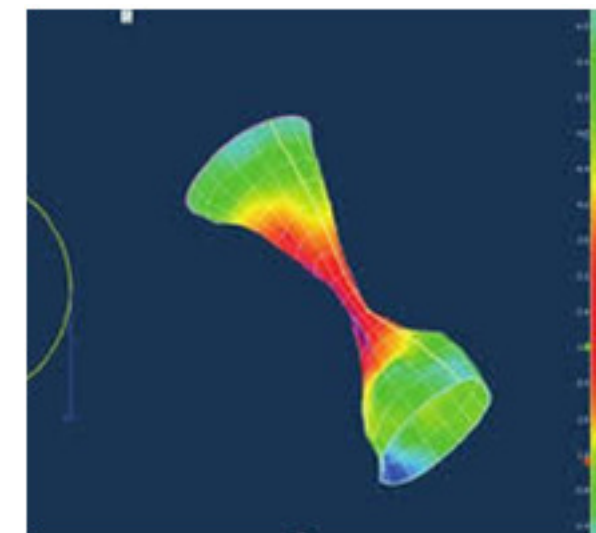
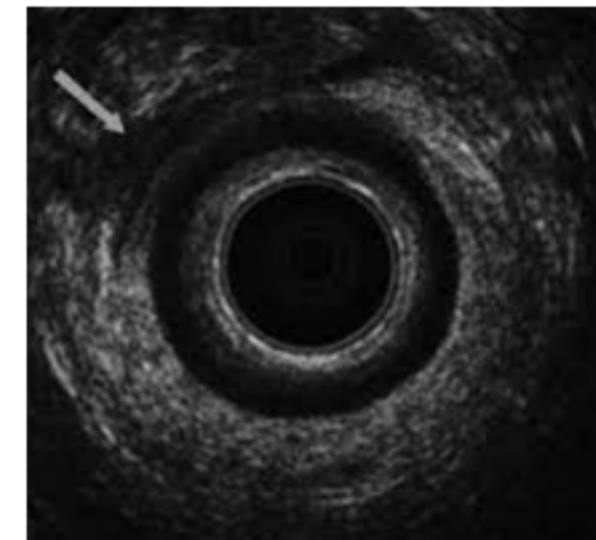
- Consultation postnatale habituelle
- Existence de questions particulières depuis la dernière consultation ?
- Evolution des symptômes ?
 - Reprise des rapports ? Dyspareunie?
 - Transit régulier?
 - Répéter les questionnaires de symptômes et comparer l'évolution
- Répéter / compléter l'évaluation physique par rapport à la première consultation
 - Evaluer l'ensemble des compartiment. La LOSA est le signe d'un accouchement traumatique

Prise en charge femmes asymptomatique

- **Rassurer ++** sur le risque d'incontinence anale
- Pas de suivi proctologique nécessaire, **pas de précautions particulières**
- **Réducation périnéale possible et même encouragée**
 - Kiné ou SF spécialisée en rééducation pelvi périnéale
 - LOSA = marqueur d'accouchement traumatique pour le plancher pelvien (levator ani++)
- **Information sur intérêt d'une consultation en pelvi périnéologie pour prochaine grossesse**
 - Vérifier absence de symptômes, examen clinique du périnée et décision voie d'accouchement
 - Risque nouvelle LOSA entre 5 et 8% donc assez proche de celui de la nullipare
 - Pas de césarienne systématique si pas de symptômes et examen normal

Prise en charge des femmes symptomatiques

- **Symptômes modérés et peu invalidants ET examen clinique satisfaisant**
 - Wexner < 9
 - Epaisseur périnéale correcte, sphincter anal palpable
 - Prise en charge par rééducation
 - SF ou kiné spécialisé avec courrier détaillant les éléments de prise en charge
 - Programmer RDV à l'issue de la rééducation ou en cas d'échec
- **Symptômes importants OU anomalies cliniques OU échec rééducation**
 - Patiente à adresser pour bilan sphinctérien en gastro entérologie
 - Echographie endo-anale avec recherche de defect sphinctérien



Prise en charge des LOSA séquellaires sphincter intègre

- **Règles hygiéno-diététiques**
 - Transit régulier
 - Fibres, hydratation
- **Réguler le transit ++**
- **Prise en charge en rééducation périnéale spécialisée**
 - Mécanismes potentiellement non liés la rupture sphinctérienne
 - Asynchronisme ano-rectal
 - Dénervation en lien avec la lésion et la réparation sphinctérienne
- **Si symptômes très invalidants**
 - Obturateurs
 - Aménagement professionnel

Prise en charge des LOSA séquellaires

Sphincter rompu

- **Bilan d'imagerie nécessaire pour confirmer la rupture sphinctérienne**
 - Échographie endo-anale et manométrie ano-rectale
- **Réunion de concertation pluridisciplinaire de pelvi périnéologie**
- **Règles hygiéno-diététiques et régulation du transit**: systématique
- **Rééducation**: peu ou pas efficace sur defect anatomique
- **Proposer réparation sphinctérienne différée**
 - Risques: échec, douleur, dyspareunie, obstruction à la défécation, cicatrisation difficile, dénervation sphinctérienne
 - Correction du défaut anatomique pour optimiser rééducation
 - Plus la réparation est réalisée tôt plus elle est efficace
- **Si échec**: sphincter artificiel, magnétique / pneumatique
- **Palliatif**: obturateurs



RÉPARATION DIFFÉRÉE D'UNE LÉSION OBSTÉTRICALE DU SPHINCTER ANAL

Opérateur : Dr GACHON

Aide :

Dr CARLIER-GUERIN

Marion LARROQUE (interne)

MAI 2019

Accouchement après Lésion Obstétricale du Sphincter Anal

Intérêt d'une consultation spécifique

- Doit être réalisée par un Gynécologue Obstétricien
- 3^{ème} trimestre ou plus tôt si nombreux symptômes
- Risque de nouvelle LOSA = 5-8%. Mode d'accouchement fonction du risque d'incontinence et du vécu.
- **Situation particulière**
 - Contexte de l'accouchement avec vécu potentiellement difficile (accouchement instrumental, suture etc..)
 - Suites +++: cicatrisation très difficile?
- **Préciser le contexte de survenue de la LOSA**
 - Accouchement spontané / instrumental
 - Variété postérieure
 - Poids de naissance
- **Bilan symptomatique**
- **Bilan physique**

Evaluation symptomatique

- A répéter si non réalisé à l'issue de la grossesse précédente
- Apparition de nouveau symptômes au cours de la grossesse
- A faire selon les mêmes modalités que lors de la consultation de bilan
 - Questions ouvertes
 - Questionnaire
- Guide l'examen physique

Évaluation physique

- **Recherche de séquelles de LOSA**
 - Délabrement périnéal avec défaut anatomique
 - Cicatrice fibreuse, douloureuse, fragile
- **Évaluation sphinctérienne**
 - Perte des plis radiés
 - Épaisseur périnéale, distance ano-vulvaire
 - TR: sphincter doit être perçu, ainsi que sa contraction circulaire
- **Évaluation du risque de récurrence**
 - Cicatrice fragile
 - Distance ano-vulvaire très courte (<1cm)

Risque de récurrence de losa

- **Risque de récurrence de LOSA**

- 2053 femmes avec LOSA → 1923 AVB → **5.3% de récurrence** *Boggs 2014*
 - OR = 2.4 [1.3-4.6] en cas d'accouchement instrumental
 - OR = 2.2 [1.3-6] en cas de poids de naissance > 90^{ème} percentile
- 639402 femmes accouchant par voie vaginale de leur second enfant → **1.3% de LOSA si pas d'antécédent versus 7.2%** *Edozien 2014*
 - OR = 5.5 [5.18-5.86] si antécédent de LOSA OR = 4.02 [3.51-4.6] si forceps
 - OR = 1.36 [1.28-1.44] si âge > 35 ans OR = 2.29 [2.16-2.43] si poids de naissance > 4Kg
- 557 femmes avec LOSA → 70% d'AVB pour deuxième enfant → **5% de récurrence** *Fitzpatrick 2016*
- 1978 femmes avec LOSA → 74.4% d'AVB → **7.1% de récurrence** *Jango 2017*
- Méta analyse de Jha 2016 → **taux de récurrence à 6.3%** *Jha 2016*
 - OR = 3.12 [2.42-4.01] si forceps OR = 2.44 [1.83-3.25] si ventouse
 - OR = 1.7 [1.24-2.36] si LOSA grade 4 OR = 2.29 [2.06-2.54] si poids de naissance > 4Kg

Risque d'incontinence anale

- **Risque d'incontinence anale**

- 138 femmes avec LOSA grade 3 → 68.4% AVB → **Aucune incontinence fécale postnatale**
- 557 femmes avec LOSA → 70% AVB → Parmi les accouchées VB, **pas de modification de la continence**
- 1472 femmes avec LOSA → 74.4% d'AVB
 - IA à 5 ans: OR = 0.77 [0.57-1.05] si césarienne IF à 5 ans: OR = 1.04 [0.76-1.43] si césarienne
 - Risque significativement augmenté en cas de LOSA de Grade 4, d'IA ou d'IF avant la seconde grossesse
 - Méta-analyse de Webb en 2017
 - Pas d'effet de la césarienne sur le risque d'IA pour l'accouchement suivant la LOSA → OR = 0.61 [0.20-1.90]

Ali 2014

Fitzpatrick 2016

Jango 2016, 2017

Webb 2017

- **1 seul essai randomisé → EPIC**

- Césarienne programmée versus accouchement voie basse en cas d'antécédent de LOSA
- Données préliminaires à propos de 222 femmes (grade 3 confirmé en écho ET asymptomatiques)
 - 25% d'IA si AVB versus 12% si césarienne à 6 à 8 semaines
 - Pas de différence entre les deux groupes à 6 mois

Bourgeois-Moine 2018

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



- En cas d'antécédent de LOSA il est recommandé **d'examiner les femmes** en cas de nouvelle grossesse et de les **informer du risque de récurrence et de séquelles** en cas de nouvel accouchement (Accord professionnel).
 - En cas de second accouchement par voie vaginale après LOSA, il n'est pas rapporté de sur-risque d'incontinence anale ou d'aggravation d'une incontinence anale préexistante (NP3).
 - Le risque de nouvelle LOSA est de l'ordre de 5 à 8% (NP3).
- En cas de nouvelle LOSA, il semble exister un risque augmenté d'incontinence anale séquellaire (NP4).
 - En cas d'antécédent de LOSA, **la voie d'accouchement doit être discutée avec la femme** (Accord professionnel).
- En cas d'antécédent de LOSA, **il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée en prévention de l'incontinence anale** (Grade B).

Décision partagée de la voie d'accouchement

- **3 éléments décisionnels**
 - Le vécu de la femme de l'accouchement précédent et son souhait pour l'accouchement à venir
 - L'existence éventuelle de symptômes et les données de l'examen clinique
- **Si la veut accoucher ET pas de symptômes ET examen normal** → Pas de problèmes
- **Si anomalies symptomatiques isolées**
 - **Si symptômes assez marqués**
 - Informer ++ risque LOSA et surtout risque d'aggravation des symptômes en cas de LOSA
 - Bilan sphinctérien non recommandé mais peut être utile à la décision si clinique peu contributive
 - Plutôt en faveur de la césarienne car risque de mise en jeu de la continence important MAIS voie basse recevable si femme parfaitement informée et souhait d'accoucher
 - **Si symptômes modérés**
 - Littérature plutôt rassurante à propos de l'aggravation des symptômes
 - Bilan sphinctérien non recommandé mais peut être utile à la décision si clinique peu contributive
 - Voie vaginale possible chez femme bien informée, demande de césarienne recevable également

Décision partagée de la voie d'accouchement

- **Si anomalies anatomiques**

- Distance ano-vulvaire très courte, délabrement périnéal important, pas de sphincter perçus
- Situation à haut risque de récurrence de LOSA donc on est plus dans le rapport de 5 à 8% de récurrence → risque important d'incontinence anale
- Bilan sphinctérien non recommandé mais peut être utile pour confirmer les séquelles et appuyer l'argumentation
- Proposer césarienne programmée. Si refus → information sur risque de nouvelle LOSA et risque d'IA complète et définitive → si maintien de la volonté d'AVB → OK VB

- **Si souhait de césarienne**

- Asymptomatique ET examen clinique normal ET lésion de bas grade (3a)
 - Evaluation du rapport bénéfices/risques nettement en faveur d'un accouchement VB
- Si symptômes OU anomalies cliniques OU antécédent de lésion de haut grade
 - → OK césarienne

Protection périnéale en cas d'antécédent de losa

- A aborder lors de la consultation en cours de grossesse
- Aucune recommandations sur le sujet
- Application des mêmes recommandations que chez les femmes sans antécédents
 - Contrôle de la tête, soutien du périnée postérieur
 - +/- compresses chaudes
 - Favoriser rotation en antérieur
- Pas d'indication à une épisiotomie systématique
- Informer qu'elle peut néanmoins être jugée nécessaire en fonction des facteurs de risque de LOSA présent au moment de l'accouchement, notamment en cas d'accouchement instrumental

Conclusions

Conclusions

- Importance de la qualité du diagnostic et de la réparation immédiate
- Suivi par un praticien spécialisé
- Evaluation précoce puis à distance
- Dépistage de la dépression postnatale en cas de symptômes
- Régularisation du transit et rééducation en première intention
- Centre de pelvi périnéologie pour les cas complexes
- Bilan ano-sphinctérien si symptômes persistants ou anomalies anatomiques
- Chirurgie secondaire possible
- Information et décision individualisée des modalités d'accouchement pour grossesse future



Merci de votre attention.
Questions / commentaires

Centre de Pelvi Périnéologie du CHU de Poitiers

Consultation de pathologie périnéale obstétricale

Service de Gynécologie Obstétrique

Dr Bertrand GACHON

Tel: 05.49.44.44.56

bertrand.gachon@chu-poitiers.fr