

Anatomie fonctionnelle du périnée

Techniques de réparation des déchirures périnéales et de l'épisiotomie

Dr Claire Tourette

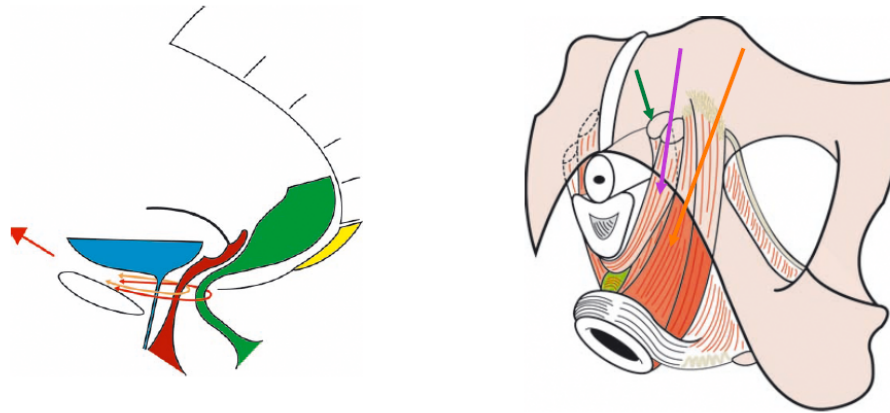
PH CHU la Conception Marseille



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**

objectifs

- Comprendre la physiologie du périnée lors de l'accouchement
- Reconnaître les différentes lésions périnéales/ Effectuer leur réparation
- Comprendre et prévenir les troubles périnéaux sphinctériens

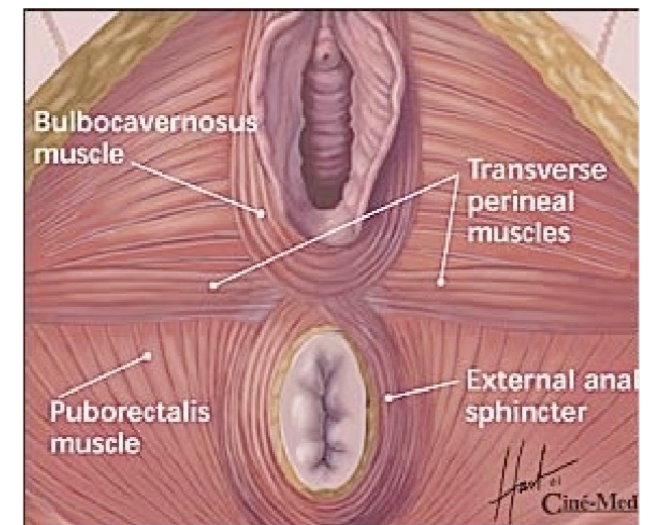


Il faut connaître l'anatomie descriptive....

.....Pour comprendre la physiologie et la physiopathologie « pelvi –périnéale »

Anatomie fonctionnelle = vivante

- Système suspensif : structures ligamentaires
- Système cohésif: fascia
- Système de soutènement: musculaire (élévateur de l'anus)
- Souplesse: adaptation à la grossesse et l'accouchement
- Résistance: maintien de la statique pelvienne
- Apport de l'imagerie et de l'électrophysiologie : compréhension de la cinétique lors miction/ défécation/ accouchement



Diaphragme pelvien

- muscles élévateurs de l'anus et coccygiens
- Sépare le petit bassin en 2 étages: supérieur (pelvien) inférieur (périnéal)
- Partie latérale: soutien des organes pelviens
- Partie paramédiane: sangle musculaire qui délimite le hiatus urogénital (rôle dans la continence et mécanisme de miction et défécation)

- Élévateur de l'anus: 3 muscles

Iliococcygien

Puboviscéral (pubo anal /périnéal/ vaginal)

Pubo rectal

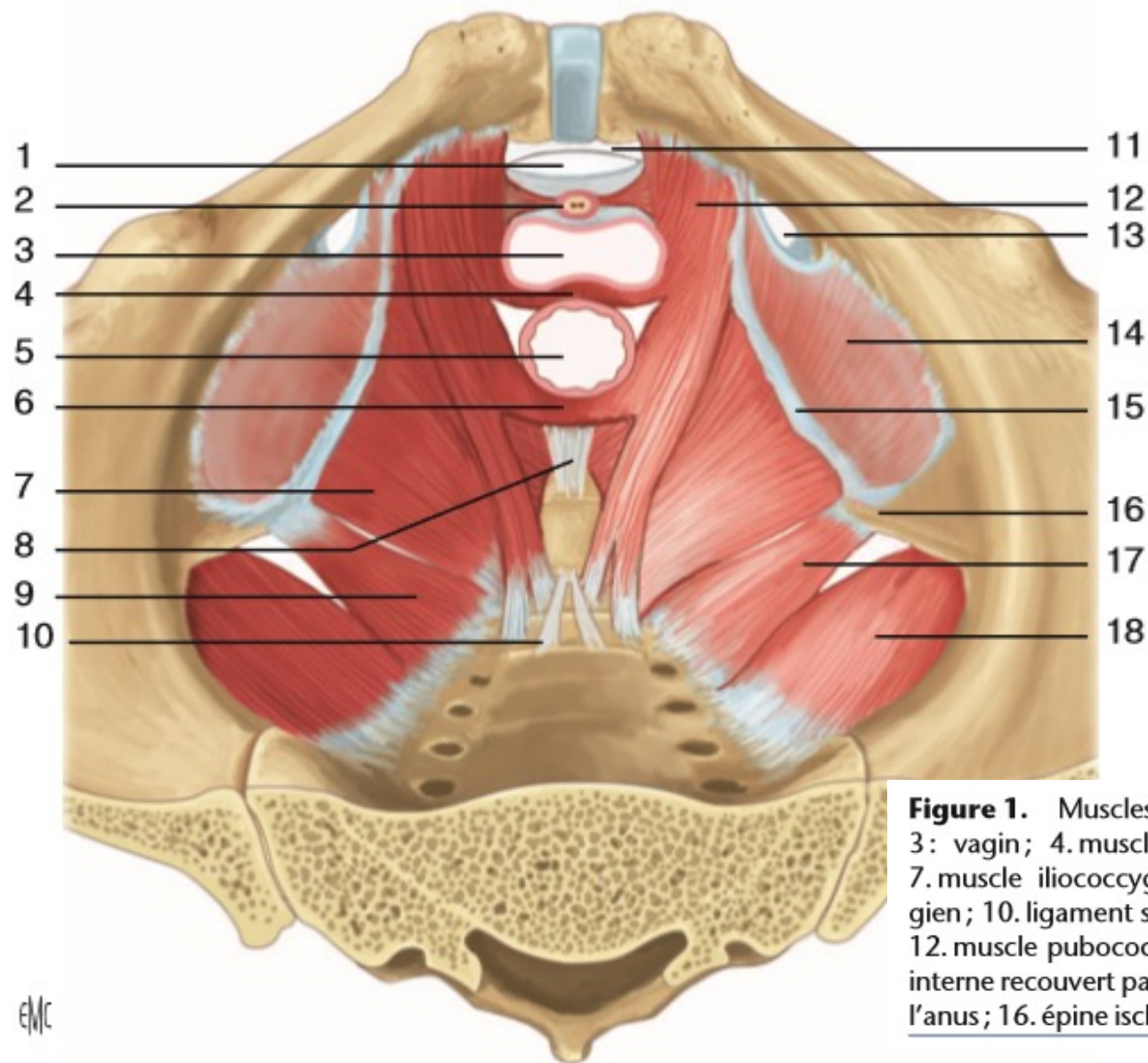
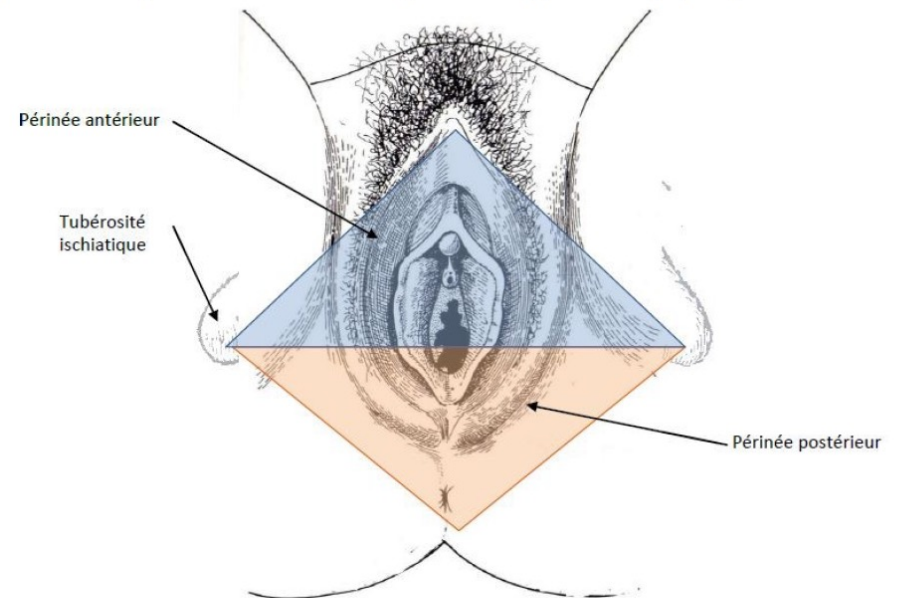


Figure 1. Muscles du plancher pelvien. 1. Hiatus infrapubien ; 2. urètre ; 3 : vagin ; 4. muscle pubovaginal ; 5. rectum ; 6. faisceau puborectal ; 7. muscle iliococcygien ; 8. ligament anococcygien ; 9. faisceau coccygien ; 10. ligament sacrococcygien ventral ; 11. ligament arqué du pubis ; 12. muscle pubococcygien ; 13. canal obturateur ; 14. muscle obturateur interne recouvert par son fascia ; 15. arc tendineux du muscle élévateur de l'anus ; 16. épine ischiatique ; 17. muscle coccygien ; 18. muscle piriforme.

Périnée

- Ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne
- Située sous le plancher pelvien (élévateur de l'anus)
- Traversé par : urètre / vagin/canal anal
- 2 parties: périnée antérieur (urogénital)
et postérieur (anal)

Figure 1 : Le périnée: Femme en position gynécologique (Source : UVMaF)



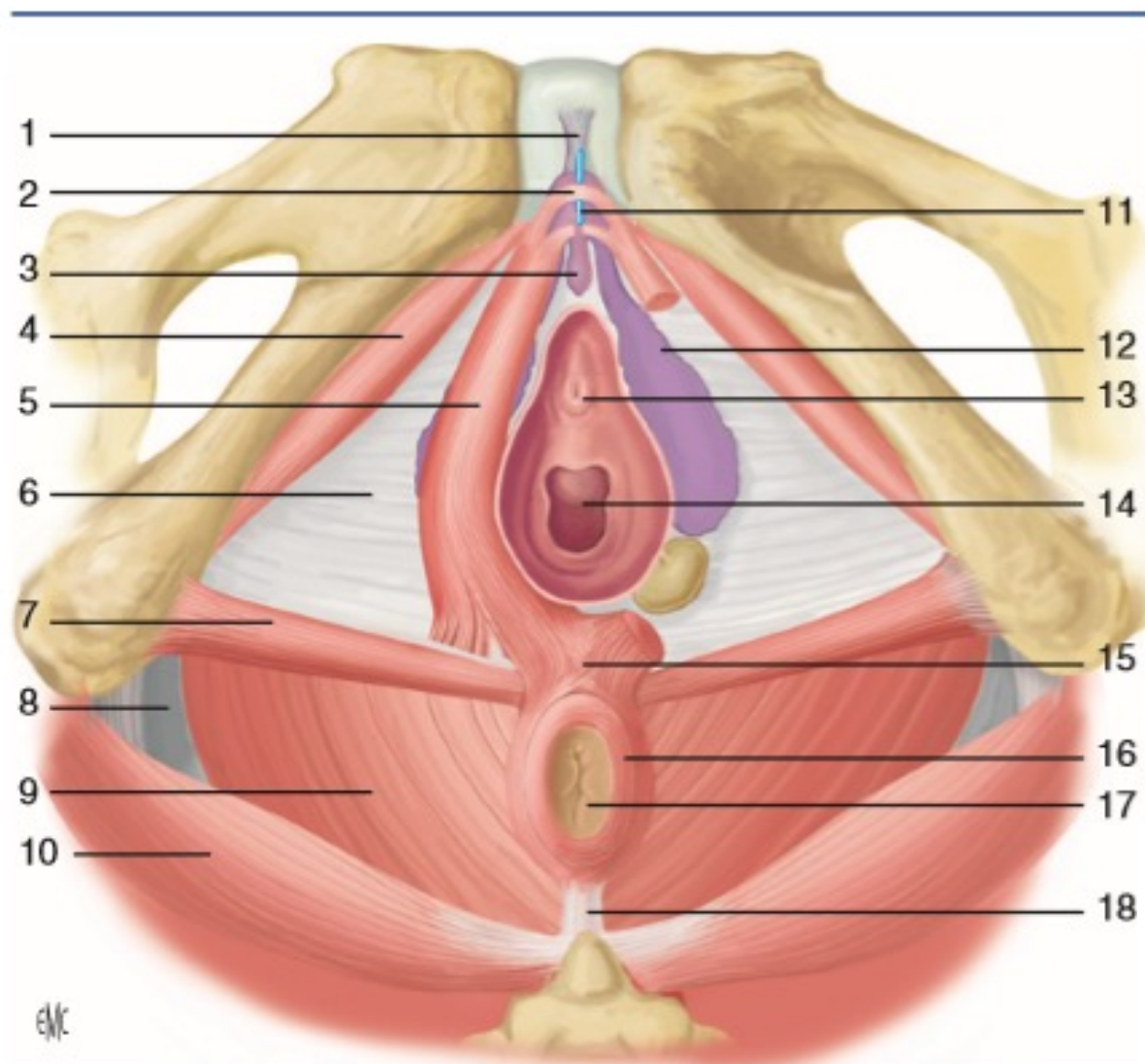


Figure 2. Muscles du périnée féminin (vue périnéale). 1. Ligament suspenseur du clitoris; 2. faisceau compresseur de la veine dorsale du clitoris; 3. clitoris; 4. muscle ischiocaverneux; 5. bulbe vestibulaire; 6. membrane périnéale; 7. muscle transverse superficiel; 8. ligament sacrotubérositaire; 9. muscle élévateur de l'anus; 10. muscle grand fessier; 11. veine dorsale du clitoris; 12. muscle bulbospongieux; 13. urètre; 14. vagin; 15. centre tendineux du périnée; 16. sphincter externe de l'anus; 17. anus; 18. ligament anococcygien.

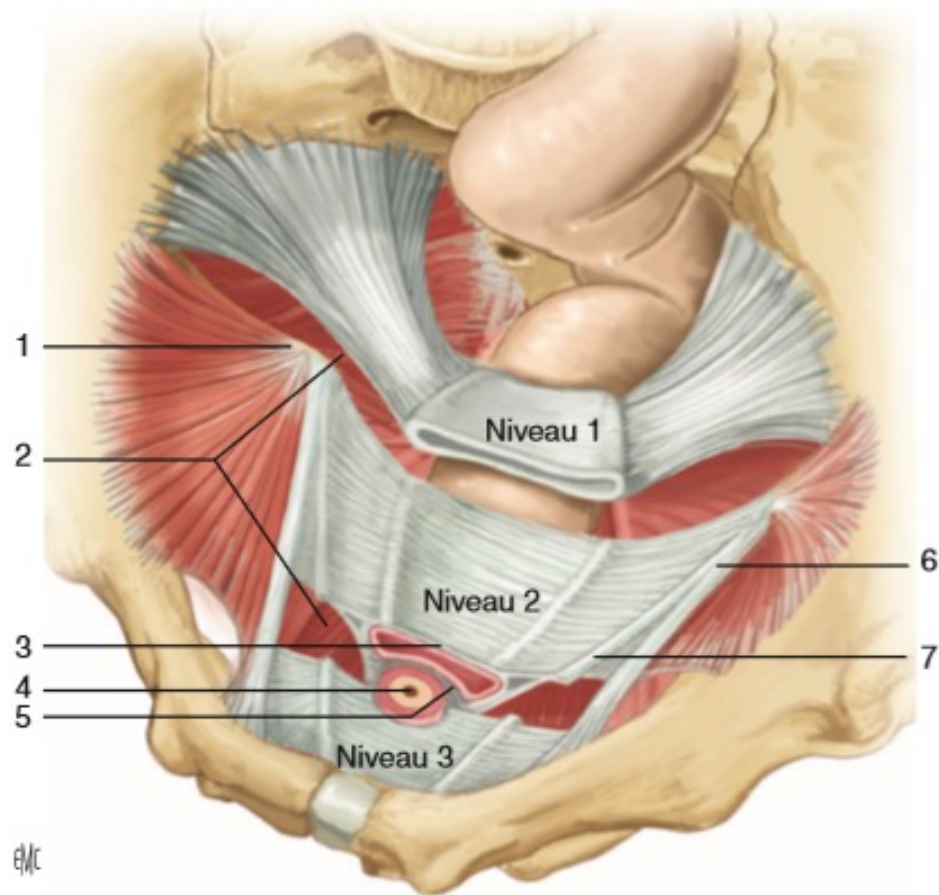


Figure 6. Trois niveaux selon Delancey (d'après^[17]). 1. Épine sciatique; 2. muscle élévateur de l'anus; 3. fascia vésicovaginal; 4. col vésical; 5. fascia rectovaginal; 6. arc tendineux de l'élévateur de l'anus; 7. arc tendineux du fascia pelvien.

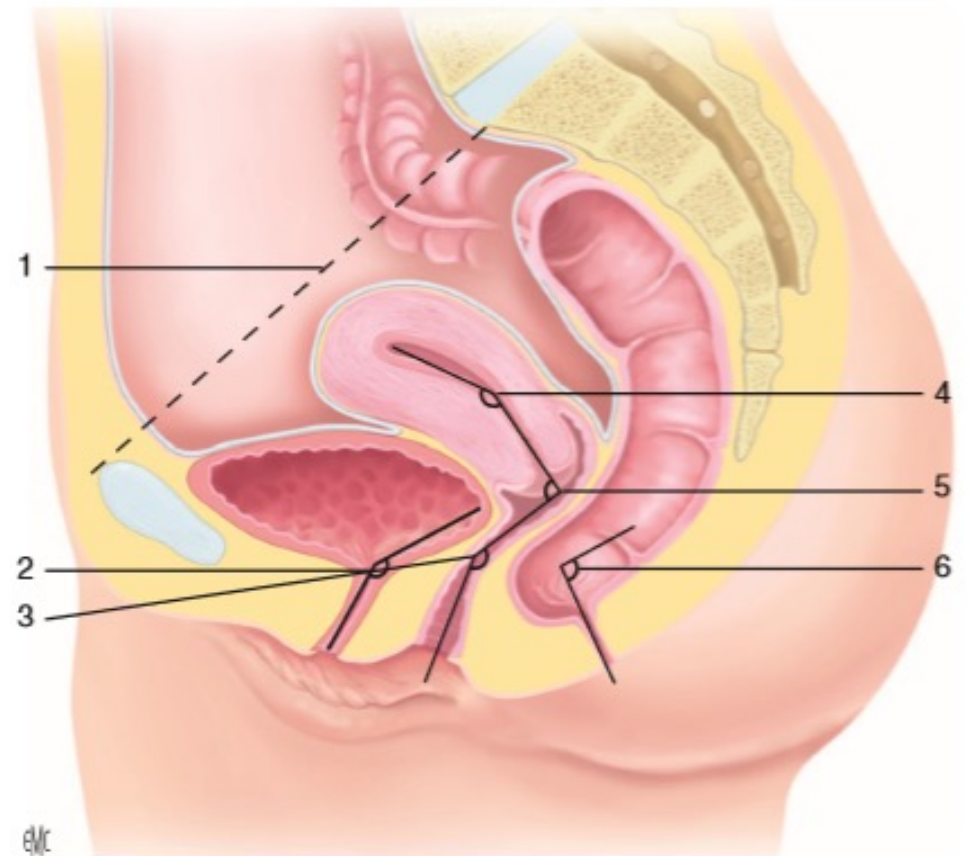
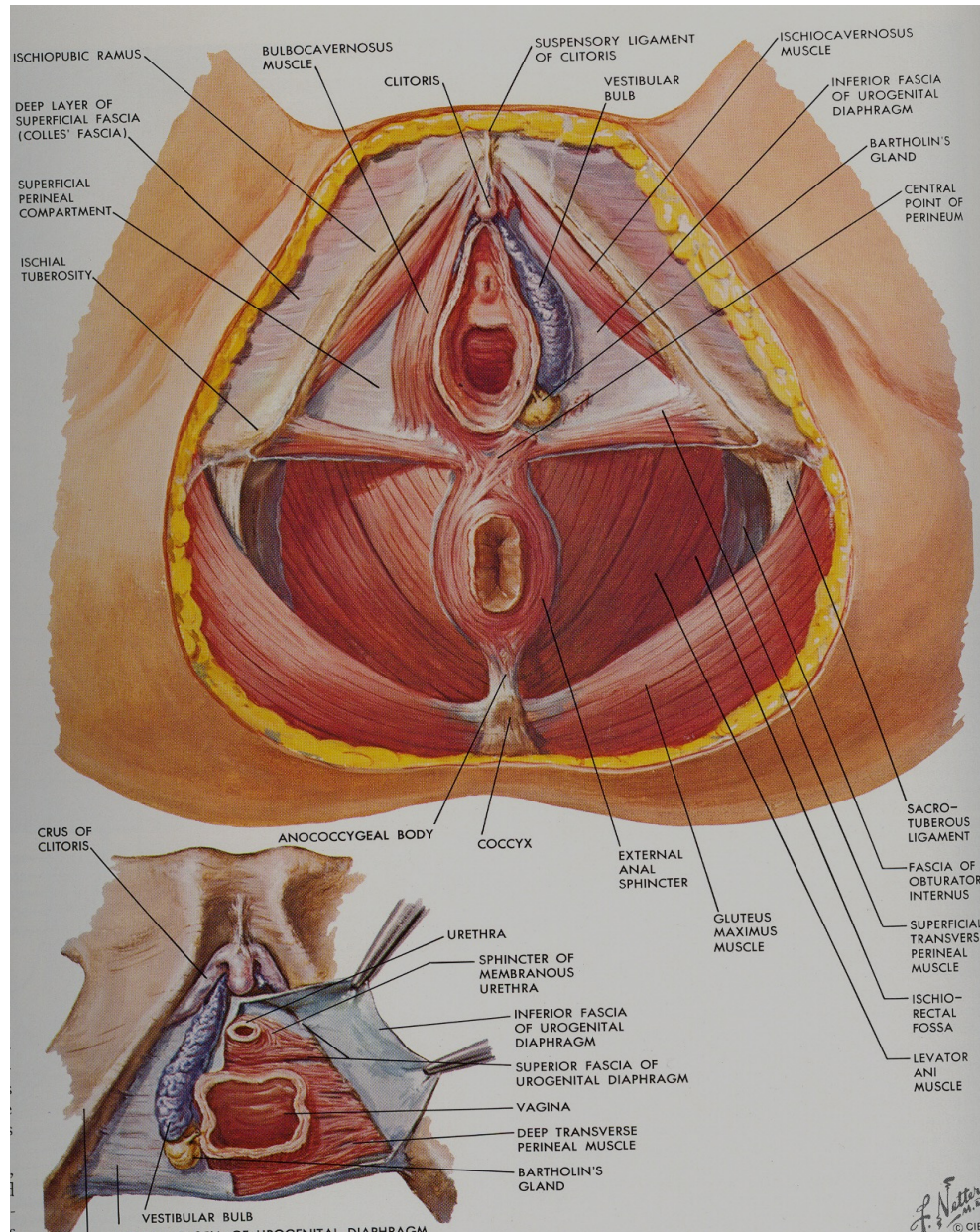


Figure 7. Caps viscéraux. 1. Déroit supérieur; 2. cap urétrovésical; 3. cap vaginal; 4. angle d'antéflexion utérine; 5. angle d'antéversion utérine; 6. cap anal.

Rappel anatomique



Boucle antérieure :

constituée par les bulbo-caverneux et les constricteurs de la vulve

Noyau fibreux central :

-intrication des fibres de tous les muscles du périnée, en particulier des muscles transverses

-solidarise périnée ant. et post.

- aminci et distendu lors du passage de la tête fœtale

-intéressé à un degré variable dans les D.P.

Boucle postérieure : constituée par le sphincter strié*

Miction

Contrôle volontaire

Continence urinaire:

compliance vésicale

col vésical et sphincter urétral lisse

= (continence passive)

Sphincter urétral strié

=(continence à l'effort)

Rôle du support urétral (niveau III de de Lancey): hamac

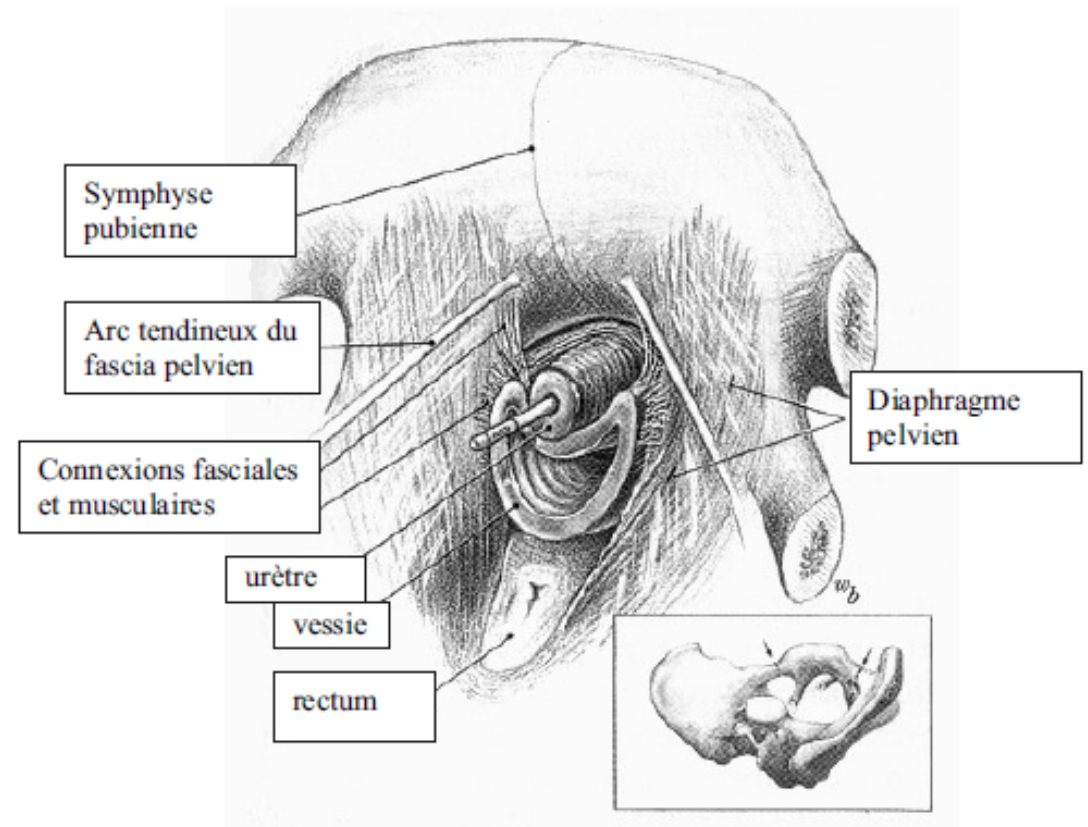


Fig. 5 – Le support urétral selon De Lancey (5).

défécation

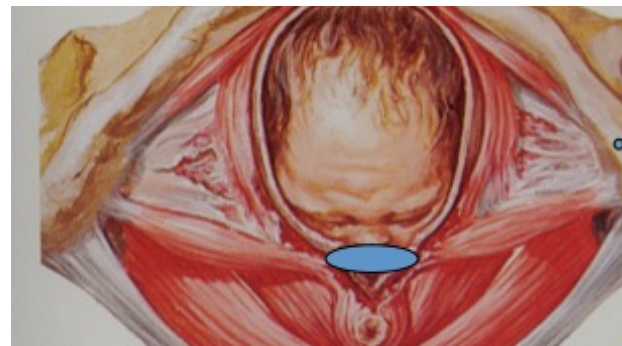
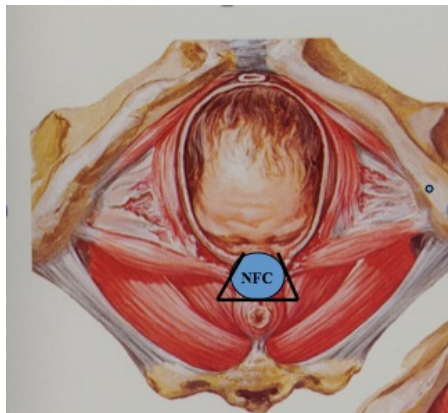
- Fonctions digestives supérieures
 - Appareil sphinctérien (sphincter lisse, strié et faisceau puborectal)
 - Système nerveux
-
- Puborectal: tonus de base donne angulation du cap anal,
 - Son relâchement= ouvre l angle Ano rectal
- + relâchement des sphincters= ouverture canal anal
- +Élévation de la pression intra rectale

Grossesse

- Impact pelvi périnéal
- Hyperlaxité conjonctive / Hyperlordose lombaire
- Relâchement des muscles de la sangle abdominale
- résultante de pression vers le hiatus au lieu de la région anoccygienne
- Modification anatomique vessie : déplacée en avant et en haut et déficience du support urétral

accouchement

- RR prolapsus x 4
- Modifications morphologiques et atteintes neuro musculaire (IU/IA)
- Mais effet surtout à court et moyen termes par rapport à césarienne, moins évidents à longs termes
- Autre facteurs: âge , hérédité, surpoids, etc



Lors de l'accouchement

- Faisceau pelvi coccygien du LA: flexion et rotation de la présentation puis distension pour ouverture de la fente urogénitale
- Rétropulsion du coccyx
- Lors poussées: contraction du puborectal = élévation du centre tendineux
- Lors déflexion distension du périnée antérieur: **Déchirure périnéale**

Le faisceau puborectal est repoussé en bas et en avant

Distance anovulvaire s'allonge

Périnée superficiel= dernier obstacle lors accouchement: anneau vulvaire s'horizontalise

Lésions musculaires

- Du muscle puborectal: surtout si extraction par forceps OR 3.4 = élargissement du hiatus musculaire= risque de prolapsus
- Prévalence lésion LA 15 à 30 %
- Avulsion du LA (muscle désinséré au niveau symphyse et arc tendineux, et rétraction de celui-ci (apport de l'IRM et de l'écho 3D)
- Lésions neurologiques et neuromusculaires
- Neuropathie d'étirement (nerf pudendal): déficience musculaire EMG

Lésion sphincter anal

- IA RR 3 si AVB
- Prévalence 1%
- Majorité des lésions occultes (diagnostique écho): FDR IA ménopause

Les déchirures vulvo-périnéales

techniques de réparation

Toute lésion vulvopérinéale constituée,

▫ *doit être soigneusement réparée*

▫ *éviter des cicatrices*

- irrégulières, disgracieuses
- sensibles / dyspareunie
- vulve plus ou moins béante, amorce de futures colpocèles

Véritable intervention chirurgicale

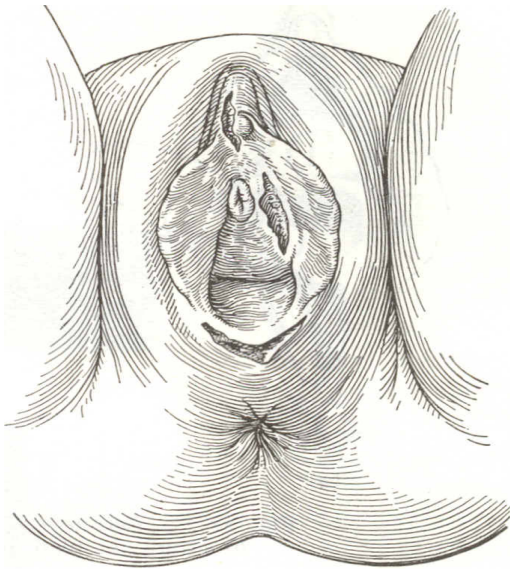
- ne laissant pas place à la négligence
- anesthésie de qualité
- asepsie complète
- installation confortable
- aide éventuelle

Tableau 1 - Classification des déchirures périnéales obstétricales

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

Les déchirures périnéales ouvertes

1. Les éraillures vulvo-vaginales



La déchirure commence au niveau de l'hymen et elle est médiane

A ce niveau = tension maximale

- muqueuse vaginale moins élastique
- et aponévrose moyenne du périnée
= première barrière de résistance

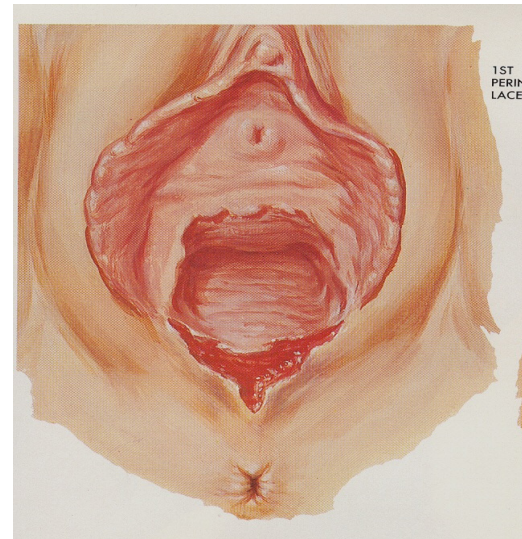
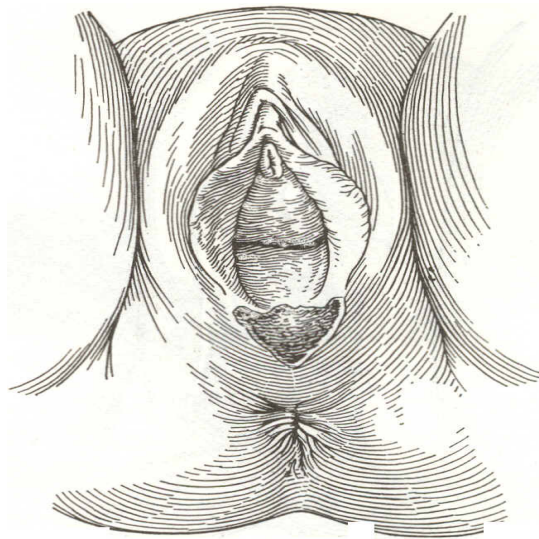
Si la déchirure ne s'étend pas plus loin
= « une éraillure »

Une déchirure superficielle (du 1er degré) qui ne saigne pas et dont les berges sont affrontées peut ne pas être suturée (grade B).

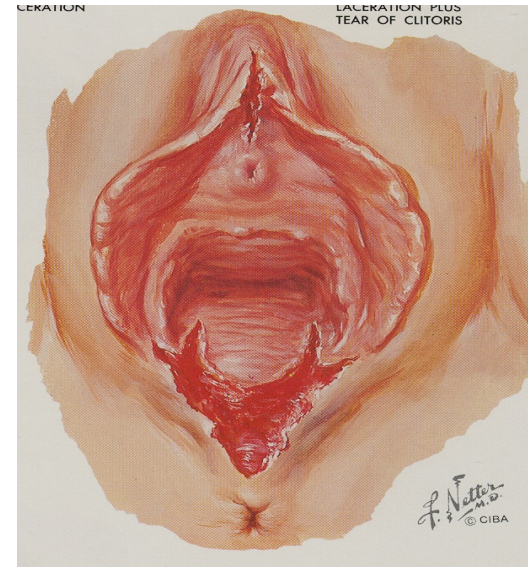
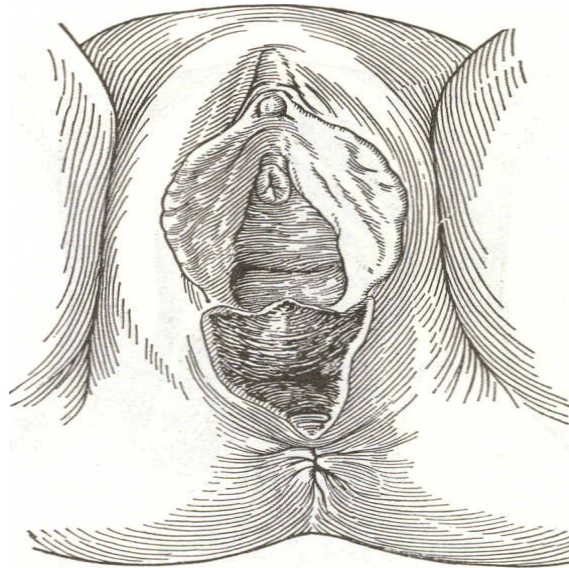
2. Déchirure du 1er et 2ème degré :

la fracture périnéale se poursuit dans deux directions:

a) à l'intérieur, avec, en général, une double effraction muqueuse de part et d'autre de la colonne postérieure du vagin



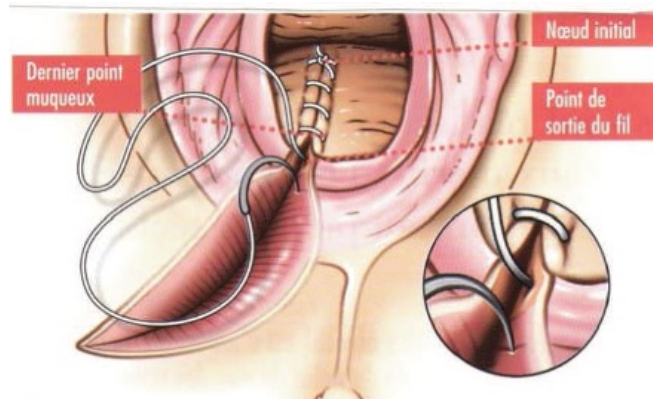
b) à l'extérieur, sur la peau, en direction de l'anus, révélant la rupture du noyau fibreux central.
La déchirure musculaire se termine au maximum au niveau de la gaine du sphincter externe qui est maintenue intacte.



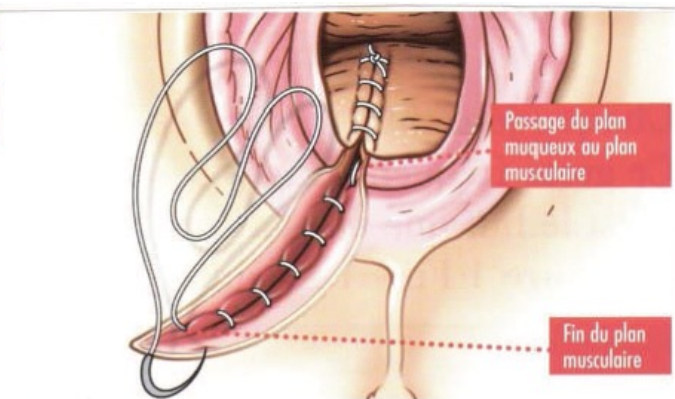
TECHNIQUES DE RÉPARATION DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES DU 1er ET 2e DEGRÉ CNGOF 2018

- **La suture de l'épisiotomie et des déchirures du 2e degré peut être faite à l'aide de fil standard résorbable ou à absorption rapide (grade A).** résultats comparables sur la douleur périnéale et la satisfaction des femmes : la polyglactine d'absorption rapide présente l'avantage d'une moindre nécessité d'ablation de fils à distance mais augmente le risque de désunion de la cicatrice (NP1)
- **Il est recommandé de réaliser préférentiellement un surjet continu dans la réparation des épisiotomies et des déchirures du 2e degré (grade A).** réduction des douleurs immédiates avec un moindre recours aux antalgiques, ainsi qu'à un moindre retrait de fils, comparativement à la suture par plans séparés (NP1).

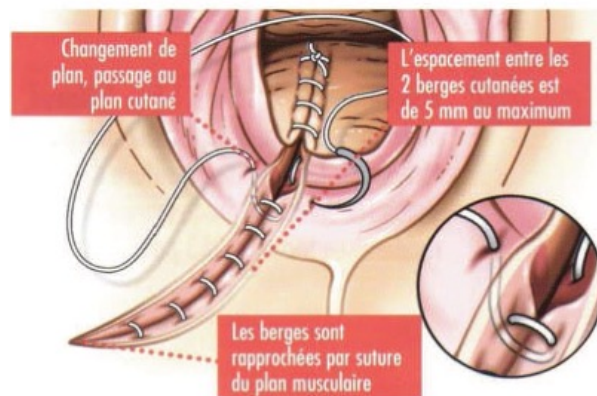
Surjet Continu



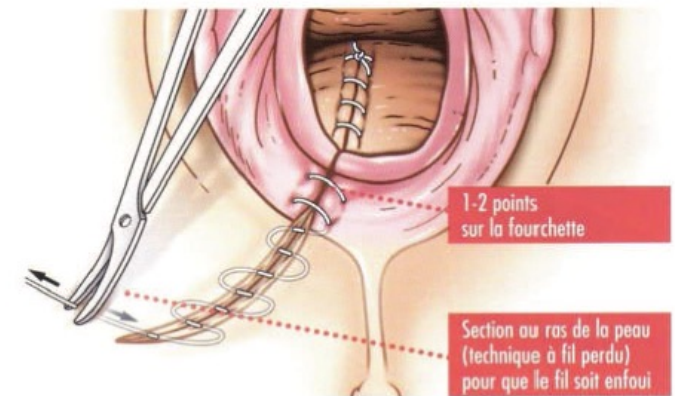
Plan muqueux



Plan musculaire

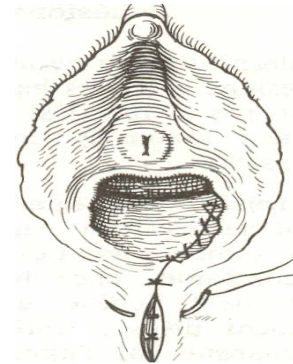
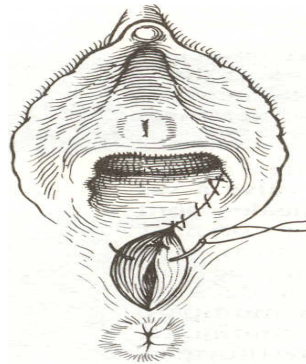
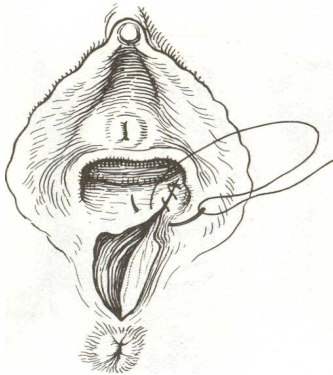


Plan sous cutané



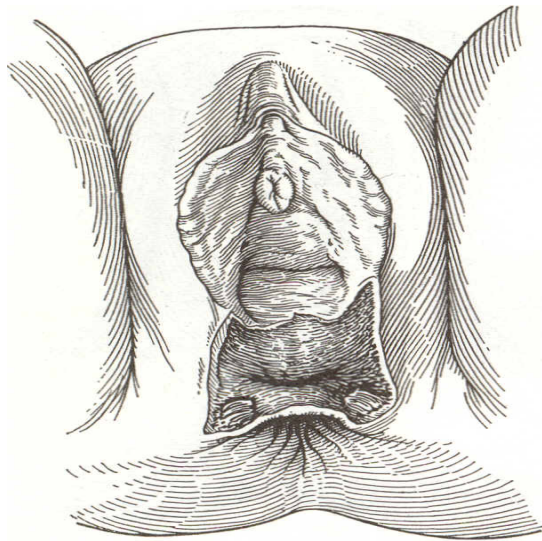
Plan cutané

Ou Réparation en trois plans



Coaptation exacte, surtout à la jonction de la muqueuse et de la peau
(restitution de l'anneau hyménéal)

3. Déchirure du 3ème degré: LOSA



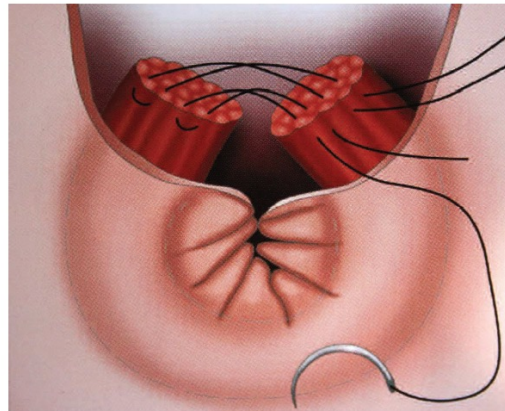
Rupture du sphincter strié, en général médiane, avec souvent l'extrémité droite rétractée dans la gaine, alors que l'extrémité gauche fait saillie hors de celle-ci

Si doute, diagnostic par le TR

TECHNIQUES DE RÉPARATION DES LOSA CNGOF 2018

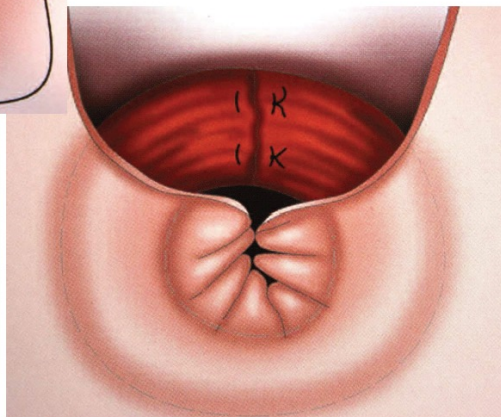
- Pour la réparation des LOSA, il est recommandé de se mettre dans les meilleures conditions chirurgicales possibles (accord professionnel) ;
- **un compte rendu détaillé de l'étendue des lésions, de la méthode de réparation et du matériel utilisé est recommandé (grade C).**
- Pour réparer une rupture complète du sphincter externe (3b ou plus), L'utilisation de polydioxanone 3/0 ou de polyglactine 2/0 donne des résultats comparables sur les douleurs périnéales et les scores d'incontinence anale (NP2).
- **En cas de difficulté, la réparation des LOSA peut être différée de quelques heures pour qu'elle soit réalisée dans de meilleures conditions (grade C)** n'aggrave pas le pronostic ultérieur de la continence anale (NP2)

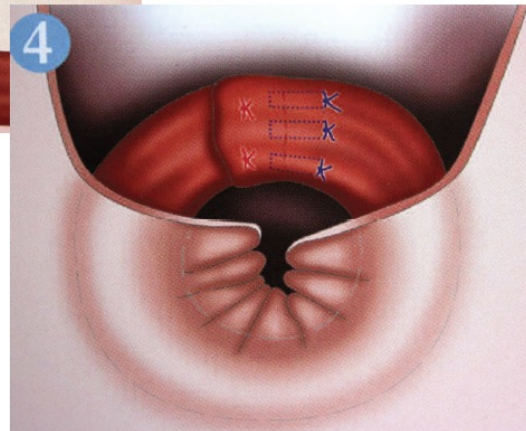
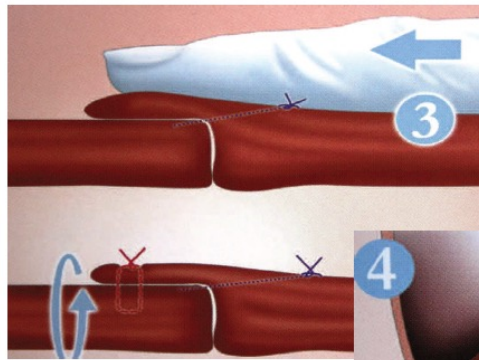
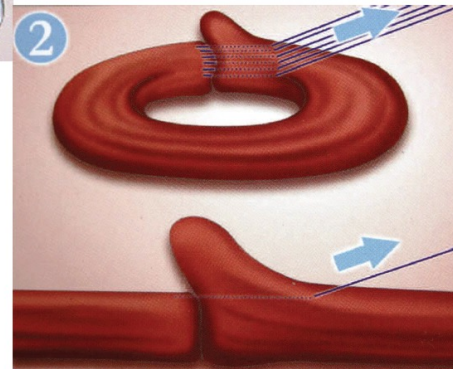
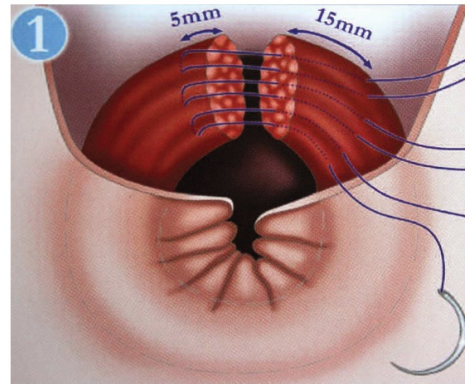
La réparation du sphincter externe peut être indifféremment suturée en paletot ou en bout-à-bout (grade B). Résultats similaires sur la continence anale (NP2)



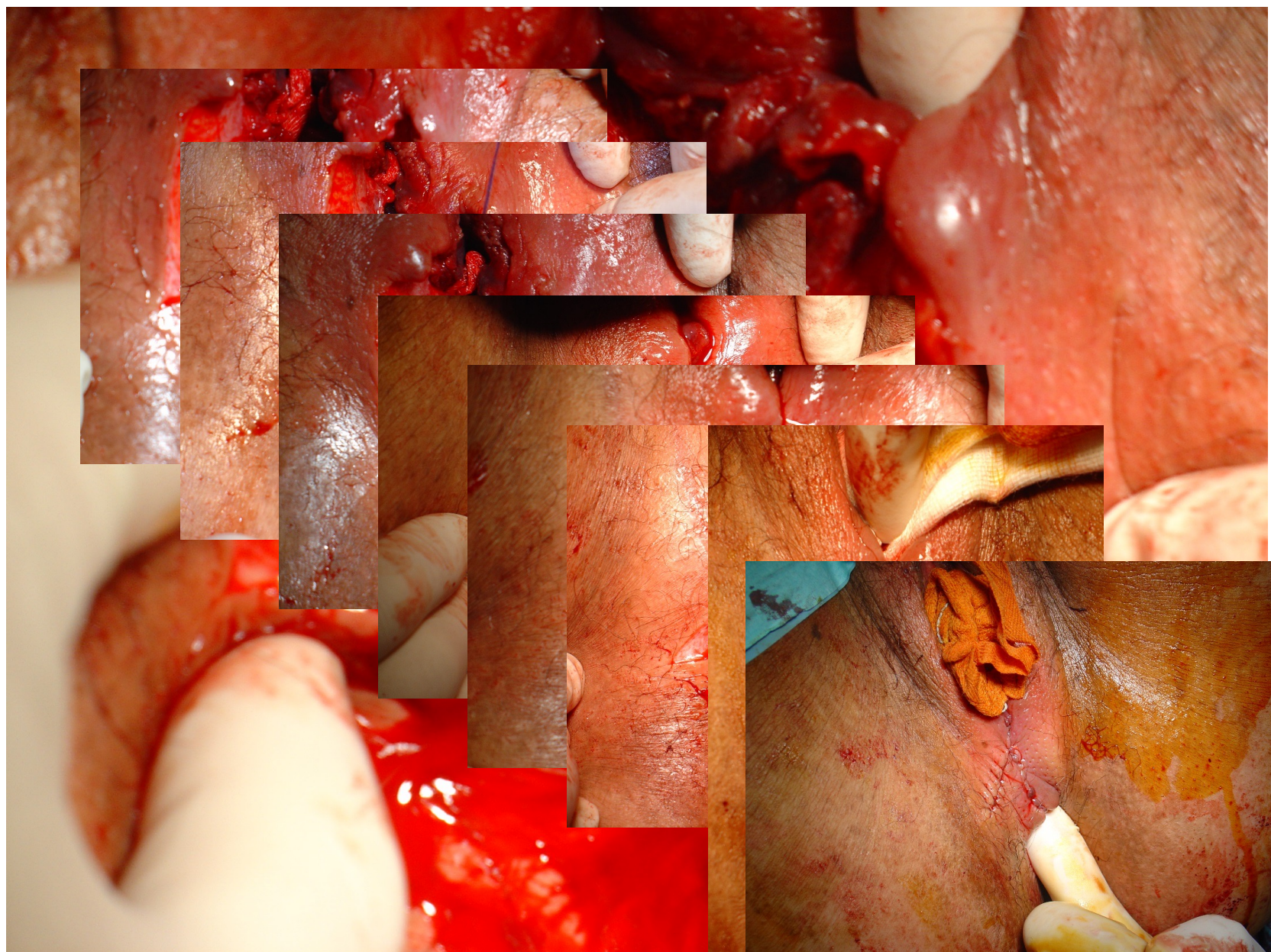
1^{ère} technique
Suture « bout à bout »
2 points en U

d'après AH SULTAN

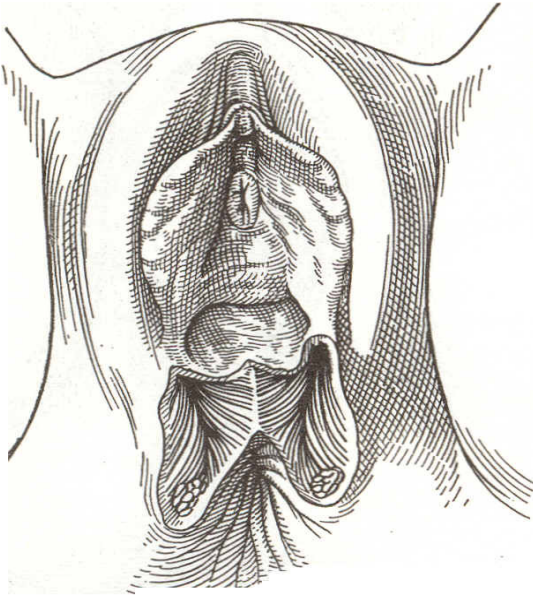




2^{ème} technique



4. Déchirure du 4 degré ou « périnée complet compliqué »



Dans ce cas, l'écartement des **faisceaux pubo-rectaux** est tel que même les fibres de ce muscle, qui participent au sphincter, lisse **sont rompues**

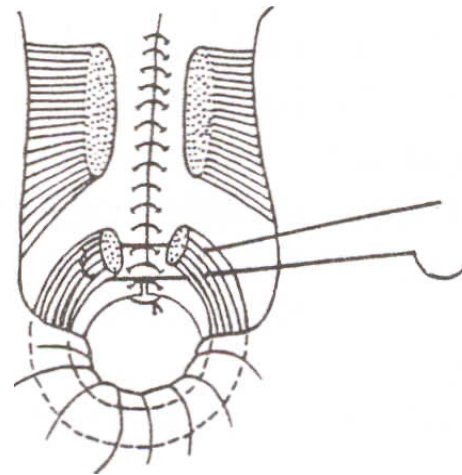
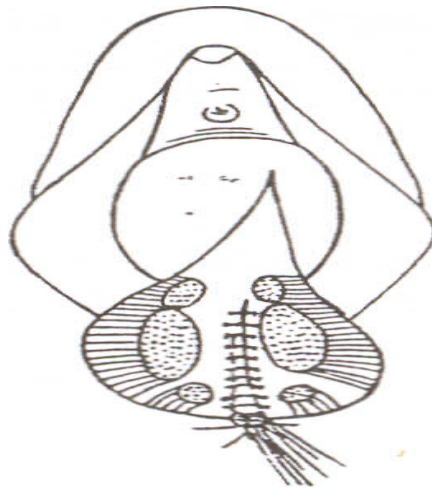
→ **effraction de la muqueuse rectale**

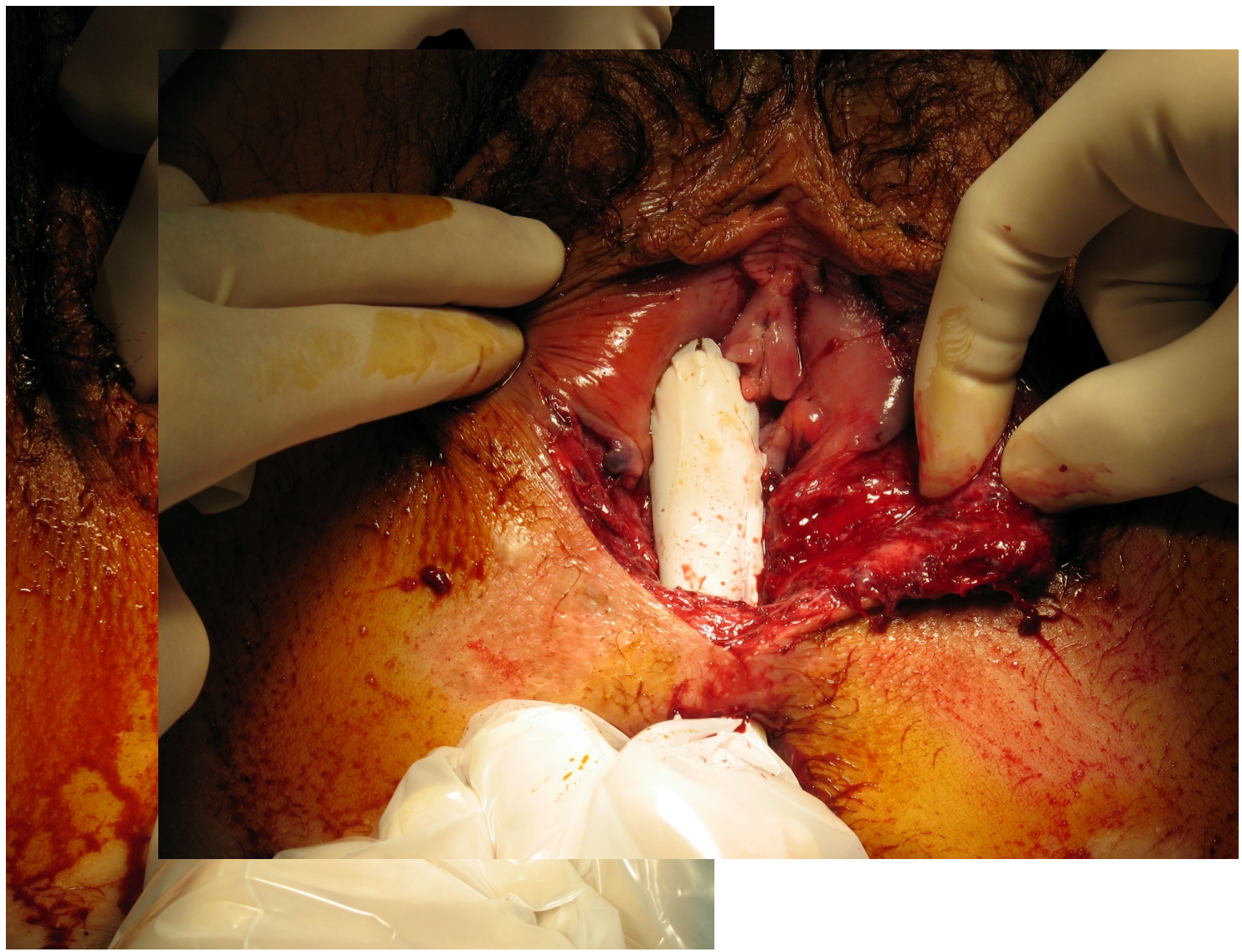
Avec déchirure de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale
= **un cloaque**

→ plan muqueux

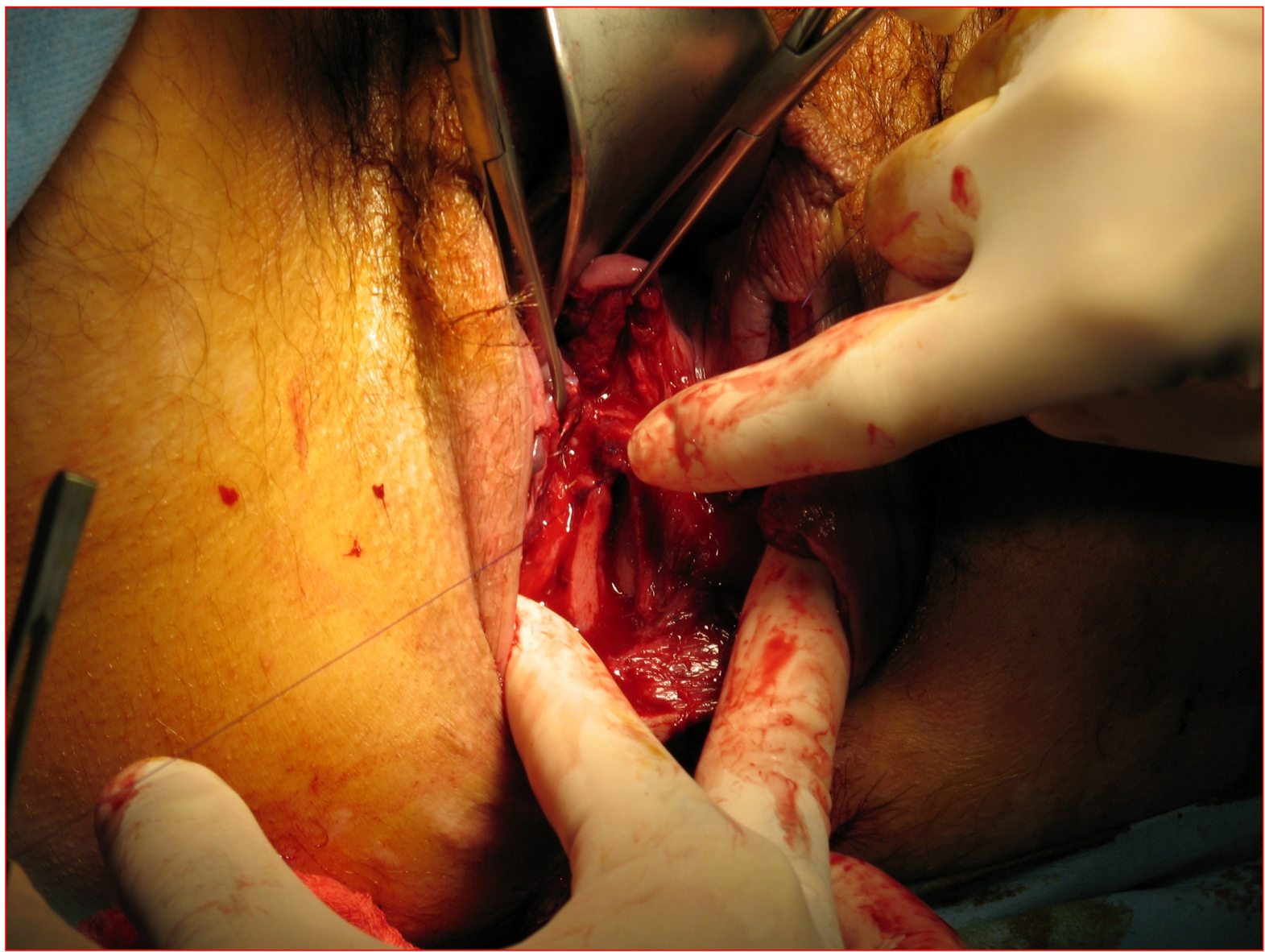
→ **points extra-muqueux**, prenant la
sous muqueuse et la musculieuse

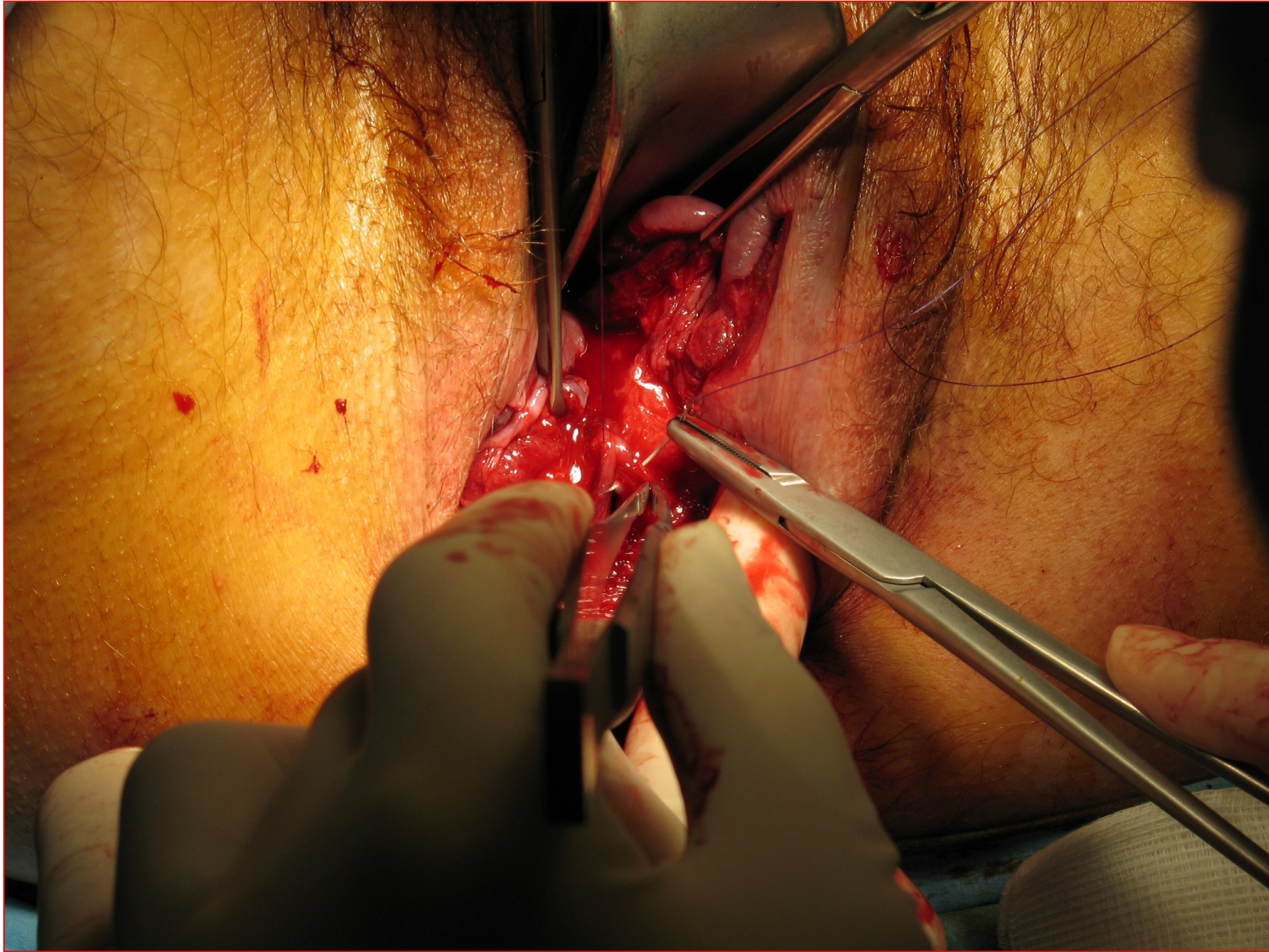
→ Puis suture cf 2^{ème} degré



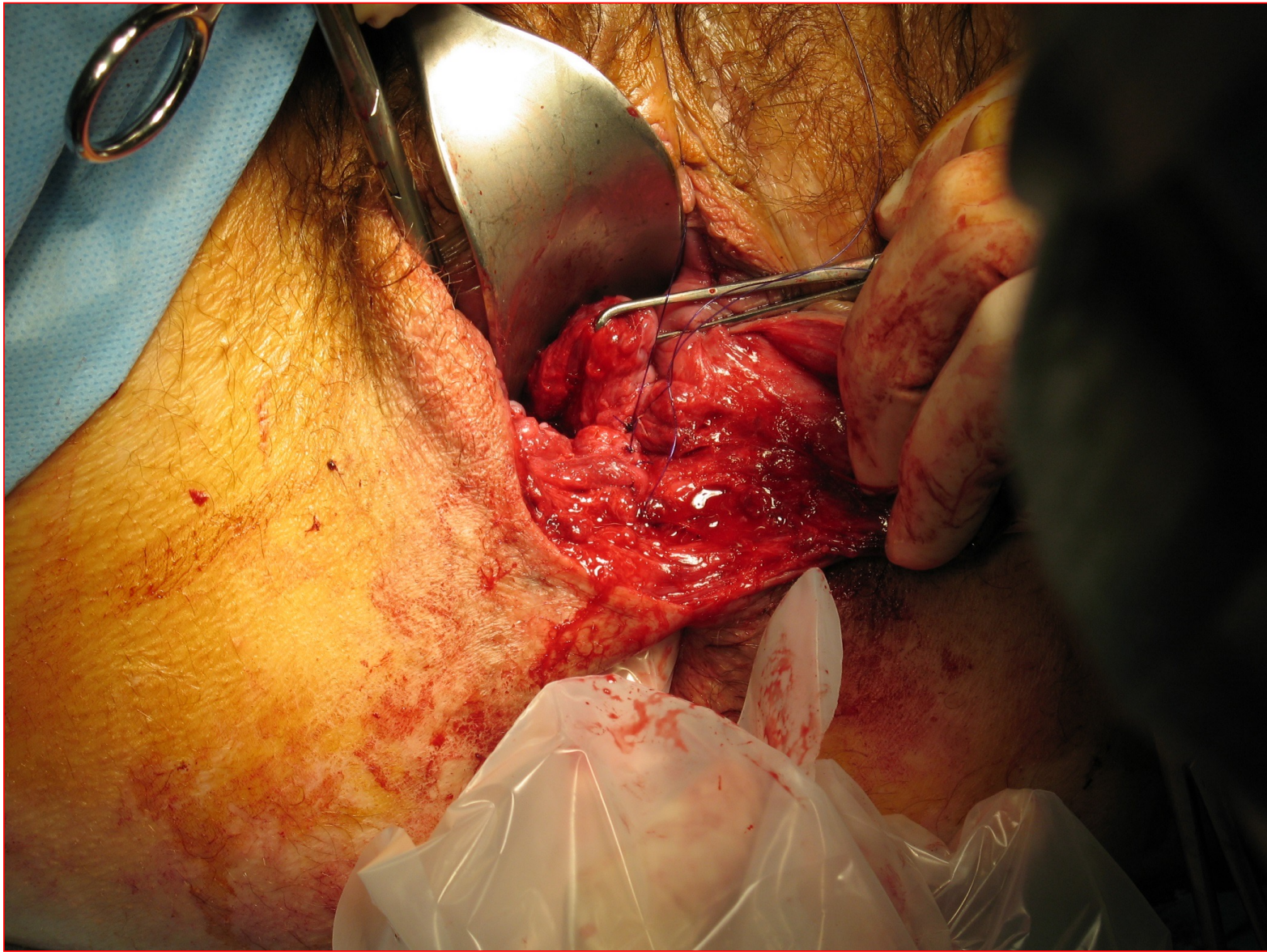














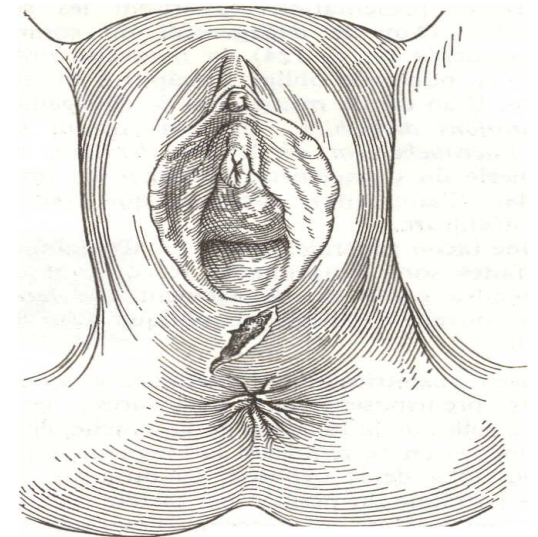


Les déchirures périnéales « fermées »

Si le périnée ne peut se distendre suffisamment il se déchire

Le noyau fibreux central, élément le plus sous-tension, est le premier menacé. Il peut être distendu et dilacéré partiellement, alors même que la peau et la muqueuse vaginale sont intactes. **Périnée intact « cache – misère »**

- Nécessité d'un examen périnéo-vaginal après tout accouchement :
- En cas de D.P. centrale ou masque
→ périnéotomie secondaire, avant suture



Soins post-opératoires

Ils contribuent beaucoup au succès de l'intervention :

- *AB prophylaxie ?*
- *toilettes régulières*
- *séchages éventuels au sèche-cheveux*
- *éviter **constipation et selles dures***
- *régime sans résidus discuté ++ pendant 5 à 7 j*
Alimentation normale et laxatifs

Conclusions

Examen clinique +++ après accouchement: savoir reconnaître une LOSA

- bilan des lésions

Traitement chirurgical soigneux

- garant de moindres séquelles fonctionnelles

Ne pas oublier retentissement psychologique, social et sur sexualité

Voie d'accouchement future ?